

Université de Montréal

Exploration des manifestations d'altérisation entre les différents acteurs du système de soins du Nunavik

par Dominique Gagnon

École de psychoéducation
Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de maitre en Psychoéducation
option mémoire et stage

Aout, 2018

© Dominique Gagnon, 2018

Résumé

Les peuples autochtones ne bénéficieraient que partiellement du système de soins de santé canadien, et ce, en partie en raison de la discrimination présente dans les soins parfois teintés par des expériences de racisme ou d'altérisation. L'altérisation, qui se définit comme le processus utilisé pour noter et nommer ceux qui sont considérés comme étant différents de soi, influencerait la nature des interactions entre individus. Fraser et al. (2017) ont documenté la présence de tensions interpersonnelles et culturelles entre les patients et les prestataires de soins de santé au Nunavik. Ces tensions nuiraient à la collaboration, aux soins offerts et aussi à l'offre de services dans une région où les besoins en santé sont criants. Toutefois, la différenciation de l'autre peut aussi être nécessaire à la réussite d'un processus de collaboration. Une analyse qualitative thématique de 12 entrevues réalisées auprès de travailleurs et de bénéficiaires inuit et non-inuit du Nunavik a été effectuée. Cette analyse consiste en une analyse secondaire des données de l'étude de Fraser et al. (2016) qui comportait 56 entrevues. Des discours d'altérisation professionnelle, individuelle, envers les systèmes et ethnique ont été relevés dans les discours des participants. Il semblerait que ces discours soient utilisés par les participants pour s'identifier à un groupe social et ainsi maintenir une identité positive. Certains éléments contextuels du Nunavik influenceraient l'émergence ainsi que le maintien de ces identités et groupes sociaux. En réfléchissant sur leurs identités, les acteurs du système de soins du Nunavik pourraient améliorer leurs relations avec leurs pairs, la collaboration et par conséquent la santé et le bien-être des personnes inuit du Nunavik.

Mots-clés : autochtones, altérisation, soins de santé, santé, bien-être, Nunavik, Inuit, collaboration.

Abstract

First Nations and Inuit of Canada bear a disproportionate burden of mental health problems and only partially benefit from the Canadian healthcare system. This is partly due to discrimination in the healthcare system that may be due to racism or othering experiences. Othering, defined as the process used to name those who are considered to be different from oneself, influences the nature of these interactions between individuals. Fraser et al. (2017) found many interpersonal and cultural tensions between patients and healthcare professionals in the Nunavik region. These tensions harm the collaboration, the treatments offered and the services in a region where the health needs are urgent. However, differentiation from others can also be necessary in a collaboration process. The present study is a secondary analysis of the interviews collected during Fraser et al. (2016)'s project. The present study aims to explore othering mechanisms from a tension standpoint. A qualitative thematic analysis exploring the different narratives and contexts present in 12 interviews with Inuit and non-Inuit participants was completed. The results reveal the presence of professional, individual, systemic and ethnic othering. The othering present in the participant's narratives seems to serve to identify with different social groups and maintain a positive identity. Different contextual elements particular to the Nunavik region influence the emergence of the othering narratives and help maintain the identities and the social groups named by the participants. Finally, by reflecting on their own identities, the healthcare workers and patients could improve their interactions with their peers, the collaboration in the system and consequently, the health and well-being of the Inuit people in Nunavik.

Keywords : indigenous, othering, healthcare services, health, well-being, Nunavik, Inuit, collaboration.

Table des matières

Résumé.....	ii
Abstract.....	iii
Table des matières.....	iv
Liste des tableaux.....	vii
Liste des sigles.....	viii
Liste des abréviations.....	ix
Dédicace.....	x
Remerciements.....	xi
Introduction.....	1
Problématique.....	4
1. L'altérisation.....	4
1.1 Définition de l'altérisation.....	5
1.1.1 Les frontières, les groupes et les catégories d'individus.....	7
1.2 Le racisme comme forme d'altérisation.....	8
1.2.1 Regard sur les manifestations du racisme chez les Inuit et les Autochtones dans le système de soins de santé canadien.....	9
1.2.2 Point de vue de groupe de bénéficiaires autochtones du Canada.....	10
2. La collaboration dans le système de soins et l'altérisation.....	12
2.1 L'intégration des services.....	12
2.2 La professionnalisation.....	13
3. Une mise en contexte de l'histoire et de la santé du Nunavik.....	14
3.1 Contextualisation de la création d'institutions régionales au Nunavik.....	15
3.2 La santé des Inuit, une difficulté à répondre aux besoins.....	17
4. Le potentiel d'altérisation au Nunavik.....	18

4.1 L'organisation des services au Nunavik, la collaboration et le potentiel d'altérisation.....	18
4.2 Les travailleurs du Nunavik	20
4.2.1 Les perceptions des Inuit à l'égard des travailleurs non-inuit	21
4.2.2 Les motivations des travailleurs en milieu autochtone	21
4.3 Une histoire de colonisation et son impact dans les soins de santé	22
Questions et objectifs de recherche.....	25
Méthodologie	26
1. Provenance des données	26
2. Sélection des données pour la présente étude	27
Résultats	31
1. L'altérisation entre les professionnels.....	34
2. L'altérisation entre les individus.....	37
3. L'altérisation envers les systèmes.....	40
4. L'altérisation concernant l'identité ethnique	44
Discussion	50
1. L'importance accordée aux différentes identités de groupes.....	51
1.1 L'identité professionnelle.....	53
1.2 L'identité individuelle.....	55
1.3 L'identité envers les systèmes.....	56
1.4 L'identité ethnique	56
1.5 Altériser pour mieux s'identifier.....	58
2. Des facteurs contextuels influencent la création et le maintien des identités	58
2.1 La certification et la professionnalisation des domaines de la santé et de la santé mentale	59
2.2 Les conflits individuels et de personnalité	61
2.3 Le contexte socioéconomique	62
2.4 La discrimination, les préjugés et le renforcement de stéréotypes vécus par les individus	62

2.5 Les problèmes organisationnels, les lois et les réglementations	64
2.6 Quoi comprendre de ces contextes.....	66
3. Les participants naviguent entre plusieurs identités	66
3.1 Identités assimilées.....	67
3.2 Identités imposées	69
3.3 Identités refusées	70
3.4 Quoi comprendre des mouvements identitaires	71
4. Diffusion et maintien des identités par le discours	72
5. Pertinence.....	74
Comment passer à l'action ?	75
6. Limites de l'étude.....	78
7. Recommandations	80
Conclusion	81
Bibliographie.....	83
Annexe A	xi
Questions des entrevues réalisées dans le cadre de la recherche de	xi
Annexe B.....	xvi

Liste des tableaux

Tableau I.	Récits d'altérisation ayant émergé des données et organisés selon les groupes sociaux	32
-------------------	--	-----------

Liste des sigles

DPJ : direction de la protection de la jeunesse.

CLSC : centre local de services communautaires.

CPEJ : centre de protection de l'enfance et de la jeunesse.

CH : centre hospitalier de soins aigus.

CHSLD : centre hospitalier de soins de longue durée.

CRJDA : centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'ajustement.

Liste des abréviations

Etc. : Et cætera

Et al. : Et collègues

Dédicace

*J'aimerais dédier ce mémoire à tous les individus qui travaillent, agissent et vivent au Nunavik.
Je le dédie à tous ceux qui agissent pour l'amélioration des soins et de la qualité de vie au
Nunavik.*

*« Avant d'essayer de travailler ensemble, on peut tu apprendre à
se connaître ? » - étudiante du Cégep de Kiuna au congrès de
CIÉRA, avril 2018.*

Remerciements

J'aimerais prendre le temps de remercier toutes les personnes qui m'ont aidé à réfléchir, à avancer, à pousser la réflexion et à amener ce mémoire à terme.

Tout d'abord, je tiens à remercier ma directrice de mémoire, **Sarah Fraser**. Merci Sarah. Tu m'as permis d'aller au-delà de moi-même et de me dépasser de plus d'une façon. Tu m'as fait confiance avec un sujet qui m'a amené à remettre en question et à repenser mes relations avec les autres et les relations de pouvoirs dans lesquels nous nous retrouvons tous. Merci de m'avoir guidé à travers les défis qu'amène la rédaction d'un mémoire. Merci d'avoir accueilli mes larmes, mes mille questions et mes idées. Merci pour tout.

Merci à **Rémy Rouillard** pour l'accompagnement tout au long du processus et surtout pour tout le temps et le savoir que tu m'as donné en début de parcours. J'ai adoré travailler avec toi et j'espère que ce ne sera pas la dernière fois.

Merci, **Maman**, de t'être intéressée aussi profondément aux enjeux autochtones et d'avoir pris le temps d'en connaître plus, de te remettre en question et de comprendre comment passer à l'action. Merci de tes encouragements lorsque je n'en pouvais plus.

Merci, **Papa**, de continuer de t'intéresser à mes projets, mes passions et les enjeux que j'étudie. Merci de m'avoir écouté et de m'avoir encouragé à continuer même lorsque j'étais découragée. Ton soutien continu m'a aidé à me rendre où je suis.

Merci aussi à **Jean-Sébastien**, qui est toujours à mes côtés. Tu as su remettre en question mes idées, m'amener à voir plus loin et me donner des pistes de réflexion qui ont fait débloquer mon mémoire lorsque je tournais en rond. Tu es le meilleur partenaire pour tester toutes mes idées qu'elles soient musicales, académiques ou autres.

Merci à **Julie-Christine Cotton** de m'avoir sensibilisé aux questions autochtones et de m'avoir mis en contact avec Sarah pour la réalisation de la plus grosse recherche de ma vie, à ce jour.

Merci à **Valérie Parent** et **Valérie Navert** pour leurs corrections, leurs idées et leurs yeux externes. Je suis énormément reconnaissante du temps et du talent que vous m'avez prêté.

Merci à **Ève-Marie** d'avoir été la meilleure partenaire de travail de tous les temps. Il n'y avait pas de meilleure équipe pour débiter un mémoire, et il n'y aura pas de meilleure équipe pour le terminer.

Merci à **Marie-Philippe** pour ses yeux sur le terrain, ses idées et ses questionnements. Tu m'as aidé à voir ce qui ne fonctionnait pas avec mon mémoire et à me dire ce qu'il en était vraiment des yeux d'une infirmière qui était sur le terrain pendant que moi j'étais l'académique dans mon bureau à Montréal. Merci.

Merci au **Fonds de Recherche du Québec - Société et Culture (FRQSC)**, ainsi qu'au **Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH)** pour les bourses qui m'ont permis de financer la réalisation de ce mémoire et de cette maîtrise.

Enfin, merci à tous mes partenaires d'étude pendant ces deux années. De nombreuses théories partagées et de nombreux moments à persévérer.

Introduction

L'accès aux soins et aux services de santé et de santé mentale est un des principaux déterminants sociaux de la santé d'une population (World Health Organization, 2018). La littérature suggère que les peuples autochtones ne bénéficient pas des mêmes soins de santé que les bénéficiaires non-autochtones canadiens (Cameron, Plazas, Salas, Bearskin et Hungler, 2014; Clark, Anderson, Clark et Williams, 1999; Dunbar, 2011; Durey, 2010; Lemay, 2011; Lisant et de Leeuw, 2014; Loppie Reading et Wien, 2009). Plusieurs raisons peuvent expliquer ceci. Cette lacune dans les soins offerts serait en partie due aux expériences de discrimination, de racisme et d'altérisation vécues par les individus autochtones de la part des donneurs de soins (Cameron et al., 2014; Clark et al., 1999; Dunbar, 2011; Durey, 2010; Lemay, 2011; Lisant et de Leeuw, 2014; Loppie Reading et Wien, 2009). Ces expériences négatives s'inscrivent dans une histoire et des événements de colonisation et de domination. Aujourd'hui, les conséquences de ces expériences de discrimination dans le système de santé et des services sociaux nuisent entre autres à l'utilisation des services et augmentent ainsi les inégalités sociales et de santé (Durey, 2010; Hepworth et al., 2015; Hunter, 2007; Larson, Gillies, Howard et Coffin, 2007; Paradies, Harris et Anderson, 2008; Tang et Browne, 2008).

La présente analyse secondaire a été réalisée avec les données du projet de soins collaboratifs de l'équipe de Sarah Fraser (Fraser et al., 2016). Les objectifs du projet de soins collaboratifs étaient d'explorer les réseaux des services de santé et de santé mentale pour comprendre les obstacles et les facilitateurs liés à la collaboration interprofessionnelle dans le domaine de la santé et du bien-être des enfants et des familles du Nunavik.

La présente étude s'attardera à un de ces phénomènes présents dans les services de soins de santé soit : l'altérisation. L'altérisation [*othering*] se définit comme le processus utilisé pour noter et nommer ceux qui sont considérés comme étant différents de soi (Weis, 1995). Bien que certaines formes d'altérisation puissent être nécessaires à la collaboration (D'Amour, Ferrada-Videla, San Martin Rodriguez et Beaulieu, 2005), les conséquences sont plus souvent une perte de collaboration ou un maintien de clivages entre des groupes sociaux (Canales, 2000; Fine, 1994; Hall, 1997; Madrid, 1988; Weis, 1995). L'altérisation influence la nature des interactions entre les individus et est influencée par le contexte organisationnel et environnemental dans

lequel ces interactions ont lieu (Canales, 2000). Ce phénomène dans le contexte des soins de santé pour autochtone est généralement exploré sous l'angle du racisme – soit l'altérisation liée à la culture ou l'ethnie. Une tentative sera faite pour ne pas explorer l'altérisation uniquement sous cet angle ni uniquement envers les bénéficiaires autochtones. En effet, Fraser, Rouillard, Nadeau, D'Ostie Racine et Mickpegak (2016) ont documenté la présence de tensions interpersonnelles et culturelles qui existent entre les différents acteurs du système de soins au Nunavik, soit la région nordique du Québec. Ces tensions ont été notées non seulement entre les patients et les prestataires de soins, mais aussi entre les différents donneurs de soins du système de santé de la région. Selon ces auteurs, les tensions interpersonnelles et interorganisationnelles influencent la qualité et la continuité des services rendus. Ces tensions nuiraient à la collaboration, aux soins offerts et aussi à l'offre de services dans une région où les besoins en santé sont criants. Il est donc particulièrement d'intérêt d'explorer comment optimiser les soins et services pour répondre à leurs besoins. Toutefois, aucune étude n'a, à ce jour, examiné le phénomène de l'altérisation entre les différents acteurs du système de soins et entre ceux-ci et les patients, dans un contexte autochtone. Pour ce faire, la présente étude étudie une population de travailleurs et de bénéficiaires inuit et non-inuit impliqués dans les services de soins du Nunavik.

Ainsi, la présente étude cherche à répondre aux questions suivantes : a) comment se manifeste l'altérisation présente entre les différents acteurs et bénéficiaires du système de soins au Nunavik, et b) quels contextes mènent à l'émergence de ces discours d'altérisation ?

Pour répondre à ces questions une recension des écrits sur les sujets de l'altérisation, de la collaboration dans les systèmes de soins, du système de soins du Nunavik, ainsi que du potentiel d'altérisation au Nunavik sera réalisée. Cette recension permettra de constater l'étendue des recherches qui ont été réalisées sur le sujet à ce jour et permettra de constater la pertinence de se poser les questions de la présente étude. La méthodologie utilisée pour répondre aux questions de la présente étude sera ensuite présentée, suivit des résultats de l'analyse des données. La section discussion permettra enfin de faire le point sur les questions posées au début de l'étude, ainsi que celles ayant émergées au fil de l'analyse des résultats. Les limites de l'étude seront présentées à la fin de la section discussion. Enfin, une conclusion permettra de faire la synthèse de l'étude.

Tout au long de ce texte, le terme « personnes autochtones » fera référence aux personnes s'identifiant comme étant des Premières Nations, Métis ou Inuit (Royal Commission on Aboriginal Peoples, 1996). Le terme « Inuit » réfèrera aux gens s'identifiant comme Inuit, alors que le terme Nunavimmiut réfère aux individus vivant au Nunavik, qu'ils soient Inuit ou non (Rodon et Grey, 2009).

Problématique

Le phénomène de l'altérisation est un phénomène peu étudié dans le domaine de la santé. Il est donc de mise de commencer par définir ce qu'est l'altérisation et de définir comment celle-ci se manifeste à l'intérieur d'un système de soins, plus particulièrement le système de soins du Nunavik. Pour ce faire, l'altérisation sera définie et mise en relation avec différents concepts comme les frontières, l'identité de groupe, le racisme et la collaboration. Ensuite, la collaboration dans un contexte de soins sera abordée et approfondie. Par la suite, une mise en contexte du système de soins et de santé du Nunavik sera présentée pour permettre de mieux comprendre comment l'altérisation pourrait jouer un rôle dans la collaboration entre les différents acteurs du système de soins du Nunavik.

1. L'altérisation

La reconnaissance des différences sociales et des différents groupes sociaux dans leurs forces et cultures est centrale à la littérature sur la collaboration interprofessionnelle, communautaire et des soins (D'Amour et al., 2005). Cette reconnaissance des différences est aussi nécessaire au développement identitaire des individus. C'est en se différenciant des autres qu'il est possible de se créer une identité estimée positivement par son entourage ou sa communauté (Deaux, 2001; Tajfel, 1974, 1982, 2010; Tajfel et Turner, 1979). En effet, ce serait dans un processus de reconnaissance des similitudes et des différences, avec les individus et les groupes, que se forgerait une, voire des, identité personnelle et sociale. Pour de nombreux auteurs, la différenciation d'autrui est synonyme d'altérisation (Cole, 2004; Shildrick, 2000; Weis, 1995). Or, ce phénomène qui sera défini dans la prochaine section, pourrait non seulement soutenir l'individuation et l'appartenance, mais pourrait également produire et maintenir des clivages entre des groupes sociaux, menant parfois à de la discrimination, du racisme et une certaine ségrégation entre des groupes.

Plusieurs types d'altérisations ont été relevés dans la littérature. En effet, il existerait de l'altérisation d'exclusion et d'inclusion, positive ou négative, dominante ou discriminante, et de l'altérisation servant tout simplement à se différencier de l'autre (Bach, 2005; Bullis et Bach, 1996; Canales, 1998, 2000; Collins, 2002; Fine, 1994; Hall, Stevens et Meleis, 1994; Hall, 1997; Madrid, 1988; Minh-Ha, 1997; Weis, 1995).

1.1 Définition de l'altérisation

Comme mentionné précédemment, la différenciation de l'autre est une étape primordiale dans l'implantation d'un processus de collaboration (D'Amour et al., 2005). À cet effet, Gitlin, Lyons et Kolodner (1994), Corser (1998) dans D'Amour et al. (2005) et Miller (1997) évoquent l'importance d'autoévaluer ses propres capacités, compétences, rôles et attentes dans une collaboration, pour mieux se différencier des autres membres de l'équipe et ainsi mieux travailler ensemble. C'est ainsi qu'un respect mutuel des compétences et rôles de chacun peut émerger et améliorer la collaboration et par conséquent la santé des patients (D'Amour et al., 2005; Reeves, Pelone, Harrison, Goldman et Zwarenstein, 2017). Pour collaborer, il est donc important de se connaître, mais aussi d'avoir des connaissances du rôle de l'autre et ainsi pouvoir ouvrir les frontières entre les professions et les individus, bien que cela puisse être difficile (D'Amour et al., 2005; D'Amour, Sicotte et Lévy, 1999; Henry, Schmitz, Reif et Rudie, 1992; Liedtka, Whitten et Sorrells-Jones, 1998; Paicheler, 1995).

Le phénomène de l'altérisation pourrait alors être présent dans les discours de certains individus pour se différencier des autres personnes avec qui ils sont amenés à travailler et collaborer. Il est donc primordial de comprendre les formes d'altérisation qui pourraient être présentes dans le discours des acteurs d'un système de soins pour comprendre comment celles-ci peuvent parfois aider le processus de collaboration et parfois lui nuire (Canales, 2000).

Canales (2000) distingue différentes manifestations du phénomène en question comme l'altérisation d'exclusion et l'altérisation d'inclusion. L'altérisation d'exclusion utilise souvent les dynamiques de pouvoir dans les relations pour créer de la domination et de la subordination. Ceci peut entraîner des conséquences pour la personne qui en est victime telles que l'aliénation, la marginalisation et l'exclusion (Fine, 1994; Madrid, 1988; Weis, 1995). Dans le contexte du système de soins de santé, cette manifestation peut entraîner des conséquences négatives au niveau de la santé des bénéficiaires, de l'estime de soi, ainsi qu'au niveau de la promotion et du rétablissement de la santé (Hall et al., 1994). D'autres auteurs ont une compréhension du phénomène qui peut s'inscrire dans l'altérisation d'exclusion de par leur connotation négative. Selon Bach (2005), l'altérisation est la réduction de quelqu'un ou de quelque chose au statut de « autre » pour le priver de certains droits, le rabaisser, ou le marginaliser. Dans ce cas, « l'autre » est une personne ou un groupe qui est objectivé par la culture dominante et qui peut être traité

comme n'ayant aucune valeur humaine (Bullis et Bach, 1996). Pour Hall (1997), « l'autre » est même nécessaire pour que le soi demeure toujours dominant dans la relation avec celui-ci. Les individus voulant préserver leur sentiment de dominance et maintenir leurs droits ou privilèges peuvent donc utiliser l'altérisation. Cette forme d'altérisation nuirait généralement au processus de collaboration.

À l'inverse, l'altérisation d'inclusion est un processus qui tente d'utiliser les relations de pouvoir pour créer du changement positif et des alliances (Canales, 1998). Cette manifestation du phénomène utilise donc les différences comme des forces qui se complètent pour atteindre un objectif. Les conséquences en découlant seront plus positives et incluent l'augmentation de la conscience de soi, un sentiment de communauté, un partage de pouvoir et de l'inclusion (Canales, 1998; Collins, 2002). Ces deux types peuvent être présents ensemble et de manière non dichotomique, une personne pouvant donc être à la fois incluse et exclue (Minh-Ha, 1997). En d'autres mots, une personne peut être exclue par un discours prononcé par un groupe de personnes avec qui elle travaille, mais incluse de par le discours prononcé par un autre groupe de personnes avec qui elle réalise un sport, par exemple. Cette forme d'altérisation contribue généralement de manière positive au processus de collaboration.

D'autres auteurs encore définissent plus largement l'altérisation, sans référer au soi positif versus l'autre négatif. En effet, selon Shildrick (2000), l'humain a tendance à se définir en fonction de l'autre, c'est-à-dire qu'il tend à se définir selon qui il est, mais aussi à se définir par rapport à ce qu'il n'est pas, ou à ce qu'il ne peut se permettre d'être. L'altérisation est donc un processus d'apprentissage développemental. L'individu apprend à se connaître en étant exposé aux autres et en identifiant chez l'autre, les caractéristiques qui lui ressemblent et celles qui ne lui ressemblent pas (Shildrick, 2000; Weis, 1995). Ce phénomène peut donc simplement être le fait de décrire l'autre comme différent de soi tout en l'incluant dans un autre groupe social. En ce sens, l'autre n'est plus obligatoirement négatif ou péjoratif lorsqu'il est question d'un discours altérisant, mais sert plutôt au soi à se définir et à se différencier (Cole, 2004).

Dans un contexte professionnel, ce phénomène peut se manifester entre différentes paires de personnes : deux professionnels, un gestionnaire et un employé, ou un professionnel et un technicien (Davies, 2003). Selon, Reynolds (2007), lorsqu'une personne altérise un collègue, « l'autre », cela peut être dû au fait que « l'autre » soit perçu comme nuisant à la

collaboration. Des exemples de personnes ayant été altérisées incluent des médecins perçus comme ayant des frontières fermées refusant de travailler en équipe, des médecins puissants perçus comme tenant à leur rôle de leader, des gérants perçus comme étant loin de la pratique, n'ayant pas de respect pour les bénéficiaires ou étant motivés par la réduction des coûts. Le phénomène peut aussi se manifester entre les professionnels et les membres de la communauté desservie (Reynolds, 2007). Ainsi, l'altérisation peut être présente envers un grand nombre d'acteurs d'un corps professionnels, incluant les bénéficiaires.

Pour la présente étude, le concept d'altérisation sera défini comme le fait de considérer une personne ou un groupe comme « autre », en attribuant au groupe « eux » des caractéristiques, parfois discriminantes, et en appropriant au groupe « nous » d'autres caractéristiques, parfois positives, ou dominantes (Fine, 1994; Hall, 1997; Lamont et Molnár, 2002; Weis, 1995).

En bref, de l'altérisation d'inclusion peut être présente de la part d'une infirmière envers une autre infirmière considérée comme étant différente. Les différences de chacune seront alors utilisées et valorisées dans la relation pour créer et collaborer ensemble (Canales, 2000). Au contraire, l'altérisation d'exclusion nuira à la collaboration si, par exemple, un psychoéducateur se différencie de la protection de la jeunesse en se dissociant des préjugés négatifs qu'il leur attribue. Ceci l'amènera plutôt à moins collaborer avec les individus travaillant pour la protection de la jeunesse. Les frontières seront alors rigidifiées et ne permettront pas de collaboration interprofessionnelle ou interdisciplinaire. Les frontières, les groupes et les catégories sont donc des concepts qui font partie intégrante du phénomène à l'étude.

1.1.1 Les frontières, les groupes et les catégories d'individus

En effet, l'altérisation fait aussi penser aux concepts de frontières, de groupes et de catégories d'individus. Les contextes peuvent participer à la création de certaines frontières. Certains auteurs ont déjà développé des théories sur ces concepts qui pourraient aider à mieux comprendre comment le phénomène pourrait émerger. Ces concepts seront aussi utilisés lors de l'analyse des données, il est donc de mise de présenter les écrits de certains auteurs sur le sujet.

Barth (2000) écrit que le terme « frontière » [*boundary*] est un construit conceptuel utilisé pour séparer des éléments, par exemple, des groupes de personnes. Il invite donc à utiliser

le terme « frontière » pour décrire métaphoriquement comment les concepts abstraits tels que catégorie, classe naturelle et type se séparent et se différencient les uns des autres. Tajfel (1982) suggère dans sa théorie sur l'identité sociale que les individus aspirent à une identité estimée positivement par les autres. Ceci se fait par l'association d'un individu à des groupes qui se distinguent positivement par rapport aux autres groupes. Un individu cherche donc à s'associer à un groupe avec un statut relativement élevé (Tajfel et Turner, 1979). Enfin, selon la théorie de l'autoclassification : une catégorisation individuelle est réalisée lorsqu'une personne se perçoit comme étant différente des autres personnes à l'intérieur de son groupe [*in-group*] et une catégorisation sociale est faite lorsqu'une personne se considère comme semblable aux membres du groupe [*in-group*], mais différente des individus des autres groupes [*out-group*] (Turner, Hogg, Oakes, Reicher et Wetherell, 1987).

Lorsque des individus ou des groupes d'individus sont séparés par des frontières visibles ou invisibles, par association à un groupe dominant ou avec un statut élevé, un discours particulier pourrait émerger. En effet, si les individus du groupe dominé sont insatisfaits de leur position par rapport aux autres groupes d'individus dominants, il est possible de croire qu'un discours négatif serait utilisé pour parler du groupe dominant. L'inverse aussi serait possible. Le groupe dominant pourrait vouloir se distinguer du groupe dominé et maintenir une identité positive, en parlant parfois négativement du groupe dominé. Un discours d'altérisation émergerait alors.

Ce concept a été utilisé pour mieux comprendre des problèmes associés au racisme, à l'identité et aux différences (Fine, 1994; Weis, 1995). Le racisme est une sous-catégorie de l'altérisation qui se différencie par le fait qu'elle est exclusive à des relations entre des personnes de différentes « races », origines ou cultures. Le racisme sera brièvement abordé dans la prochaine section pour permettre de faire la différence et de comprendre en quoi le phénomène à l'étude s'en distingue.

1.2 Le racisme comme forme d'altérisation

Le racisme, qui peut être compris comme une certaine forme d'altérisation d'exclusion, a été défini par de nombreux auteurs. Tout d'abord, il est important de mentionner que la race est un construit social de l'identité, basée sur les caractéristiques physiques, l'origine

géographique et les différences culturelles, dont les racines viennent d'une idéologie voulant que les êtres humains se situent dans une hiérarchie de valeur sociale (Paradies, 2006b; Williams, Lavizzo-Mourey et Warren, 1994). Le racisme est donc défini comme une croyance selon laquelle les différences inhérentes entre les différents groupes ethniques¹ déterminent les accomplissements culturels ou individuels, impliquant souvent l'idée que sa propre ethnie est supérieure et a le droit de régner sur les autres. Le racisme favorise la discrimination, la haine, l'intolérance et la manifestation d'actions évitables et injustes envers des personnes d'un autre groupe ethnique défavorisé (Dictionary.com, 2018; Paradies, 2006a; Reading, 2013).

Bien que le racisme vécu par les personnes autochtones ait déjà beaucoup été étudié, une recension sommative de la littérature portant sur les manifestations de racisme auprès de personnes inuit et autochtones sera réalisée. Un regard particulier sera porté sur les manifestations de racisme présentes dans le système de soins de santé au Canada, le point de vue de bénéficiaires sur ces manifestations de racisme, ainsi que les conséquences sur leur utilisation du système de soins.

1.2.1 Regard sur les manifestations du racisme chez les Inuit et les Autochtones dans le système de soins de santé canadien

Si le racisme se définit et se manifeste sous plusieurs formes, plusieurs dénoncent le fait que, dans la société contemporaine, les Autochtones continuent d'être aliénés « par les groupes de colons dans une tentative de rationaliser des pratiques coloniales qui les désavantagent [les autochtones], les oppriment et leur nuisent » (de Leeuw, Kobayashi et Cameron, 2011, cité dans Lisant et de Leeuw, 2014, p. 2). De nombreux préjugés et stéréotypes négatifs concernant les peuples autochtones persistent dans les perceptions des Canadiens, tels que la propension à l'abus d'alcool, le chômage, la violence généralisée à tous les membres de la communauté (Backhouse, 1999; de Leeuw, Kobayashi et Cameron, 2011), ainsi que l'idée qu'une dépendance à l'État fédéral serait positive pour les individus autochtones (Erickson, 2005). L'image de soi de nombreuses générations a donc été affectée négativement par l'intériorisation

¹ Le terme « races humaines » a été utilisé par l'auteur, mais l'expression « groupes ethniques » est plus représentative de la compréhension actuelle des différents groupes qui subissent du racisme au Canada. Les Inuits ne sont donc pas considérés comme une race, car le concept de races humaines n'est pas considéré ici.

de tels stéréotypes et préjugés, ce qui nuit au sentiment d'autodétermination de personnes autochtones (Harding, 2006). Le sentiment d'autodétermination est un facteur vu comme étant nécessaire au bien-être d'une population (Cornthassel, 2012; King, Smith et Gracey, 2009).

Les manifestations de racisme, mais aussi les conséquences du racisme vécues par les autochtones, sont nombreuses dans le système de soins. Le racisme peut se manifester de plusieurs manières, soit par des temps d'attente plus longs, moins de renvois à des spécialistes, un traitement irrespectueux, moins d'accès à des services de dépistage ou un plus faible accès à des traitements médicaux ou à des médicaments essentiels pour des personnes définies comme étant d'un groupe racial ou culturel particulier (Loppie Reading et Wien, 2009; Vukic, Jesty, Mathews et Etowa, 2012). Le racisme vécu par les autochtones affecte de manière négative leur bien-être, leur état de santé, leur espérance de vie, la qualité des soins reçus et l'accessibilité des soins, et décourage la demande d'aide et le recours à des services (Clark et al., 1999; Dunbar, 2011; Hepworth et al., 2015; Hunter, 2007; Karlsen et Nazroo, 2002; Larson et al., 2007; Loppie Reading et Wien, 2009; Mooney, Blackwell, Neuwelt, Sainsbury et Legge, 2014; Paradies et al., 2008; Sherwood et Edwards, 2006; Vukic et al., 2012).

1.2.2 Point de vue de groupe de bénéficiaires autochtones du Canada

Lorsqu'il a été question du point de vue d'un groupe de bénéficiaires cris à propos de l'accès aux soins, ceux-ci ont nommé avoir perçu de la stigmatisation, des difficultés de compréhension de la langue, de l'intimidation, du harcèlement, des peurs profondes, des préjugés de la part des professionnels de la santé, en plus de difficultés concernant l'accès aux soins spécialisés, les temps d'attentes et les difficultés de communication avec les donneurs de soins (Cameron et al., 2014). Ces expériences négatives en plus du manque d'accompagnement dans les hôpitaux, du manque d'accès à des pratiques de guérison traditionnelle et du sentiment d'être dénigrés et négligés empêchent les bénéficiaires de créer des relations de confiance avec les professionnels et découragent leur recours aux services (Cameron et al., 2014). De même, une étude a été menée auprès d'un groupe de femmes autochtones de l'ouest du Canada pour mieux comprendre leurs expériences comme bénéficiaires du système de santé. Celles-ci ont mentionné avoir fait face à du jugement, du racisme, du sexisme et de la discrimination de la part des infirmières ce qui les décourageait d'avoir recours aux services de soins de santé (Denison, Varcoe et Browne, 2014).

Tang et Browne (2008) invitent toutefois à ne pas généraliser les données négatives concernant la situation des autochtones dans le système de santé canadien. En effet, il faut faire attention de ne pas considérer tous les donneurs de soins comme des oppresseurs et tous les autochtones comme des victimes. De plus, il est possible de croire que l'altérisation se vit non seulement entre non-autochtones et autochtones, mais également entre non-autochtones offrant des services. C'est-à-dire que des individus non-autochtones provenant de la même identité ethnique pourrait aussi avoir des discours d'altérisation les uns envers les autres. Il sera donc intéressant de mieux comprendre comment l'altérisation peut se manifester dans les corps professionnels en général avant d'aborder les contextes spécifiques au Nunavik.

En somme, il faut reconnaître les différences pour s'attacher et se détacher des groupes sociaux et professionnels, et tranquillement se forger une identité et un positionnement. D'ailleurs, ces attachements permettent de connaître les attentes que les groupes sociaux ont envers chacun, les règles implicites et explicites qui permettent de savoir interagir en contexte social, les limites des rôles, des mandats, etc.

L'altérisation peut par contre produire et maintenir des clivages entre des groupes sociaux, de la discrimination ou du racisme (Bach, 2005; Bullis et Bach, 1996; Canales, 1998, 2000; Collins, 2002; Fine, 1994; Hall et al., 1994; Hall, 1997; Madrid, 1988; Minh-Ha, 1997; Weis, 1995) surtout lorsque les règles sociales ou attentes diffèrent entre groupes et créent des tensions de par leurs différences. On pense notamment à des situations où un individu se fait dire par quelqu'un d'un autre groupe professionnel qu'il ne devrait pas interagir d'une telle façon avec un patient.

Peu importe la nature et les acteurs impliqués, il y a raison de croire que de nombreux facteurs influencent la fomentation de l'altérisation. Certaines personnes sont plus propices à une « distanciation » ou une dissociation d'autrui, pour des raisons de gain de pouvoir et de rivalité. D'autres sont plus propices à se différencier pour mieux collaborer. Il existe des facteurs organisationnels, environnementaux, politiques ou autres, qui peuvent participer à l'émergence et le maintien de ce phénomène. Les cultures organisationnelles entourant la collaboration peuvent faire partie de ces facteurs en influençant l'ensemble du système de soins québécois.

Dans le cas du système de soins québécois, on pense notamment à l'intégration des services, au travail en collaboration et à la professionnalisation des domaines de l'intervention (Brunet et Vinet, 1978; Contandriopoulos, Denis, Touati et Rodriguez, 2001; D'Amour et al., 1999; Fleury et al., 2004; Larson, 1979; Lemay, 2011). En effet, certains auteurs suggèrent que la valorisation et la création de structures qui mettent de l'avant la collaboration interprofessionnelle, sans nécessairement avoir la formation et le soutien nécessaire pour ces collaborations peut créer de l'altérisation, surtout dans des périodes de changement institutionnel.

Ces facteurs seront explorés dans les prochaines sections pour mieux comprendre leur potentiel de favoriser l'émergence du phénomène à l'étude entre les acteurs, dans une région et un contexte de travail précis soit dans le domaine de la santé et des services sociaux. Le contexte particulier du Nunavik sera par la suite exploré.

2. La collaboration dans le système de soins et l'altérisation

La collaboration entre différents professionnels et corps professionnels est vue comme un élément central de l'efficacité et de la qualité des services de santé (D'Amour et al., 2005; D'Amour et al., 1999; Henry et al., 1992; Liedtka et al., 1998; Reeves et al., 2017; Zwarenstein, Goldman et Reeves, 2009). Le système de santé québécois mise beaucoup sur la collaboration par différents moyens. L'intégration des services a été choisi pour conceptualiser comment se décline la collaboration à l'intérieur d'une institution ou d'un réseau. Sans la présence des éléments présentés, une collaboration entre les professionnels est plus difficile (Contandriopoulos et al., 2001; Fleury et al., 2004). Toutefois, en pratique, différents facteurs font entraves à cette possibilité de collaboration et participent à l'émergence d'altérisation.

2.1 L'intégration des services

Pour approfondir davantage le thème de la collaboration dans les services, Contandriopoulos et al. (2001) et Fleury et al. (2004) ont tous deux exploré le thème de l'intégration des services. Celle-ci est définie comme « le processus qui consiste à créer et à maintenir, au cours du temps, une gouverne commune entre des acteurs (et des organisations) autonomes dans le but de coordonner leurs interdépendances pour leur permettre de coopérer à la réalisation d'un projet collectif » (Contandriopoulos et al., 2001, p. 41). Pour cet auteur

l'intégration des services dépend de cinq facteurs : l'intégration des soins, l'intégration de l'équipe clinique, l'intégration fonctionnelle, l'intégration normative et l'intégration systémique. Pour créer un changement dans l'intégration des services, il faut donc agir sur le contexte culturel, social, économique et organisationnel. Selon Fleury et al. (2004), l'intégration des services dépend plutôt de facteurs organisationnels différents soit : l'accessibilité géographique et temporelle des services, les ressources disponibles, les stratégies d'intégration des services, les relations interorganisationnelles, l'amélioration des pratiques cliniques et de la circulation de l'information, la qualité, la quantité et la diversité des services, ainsi que l'accès à une diversité de professionnels et de services. Par exemple, lorsqu'il est question de santé mentale, les réseaux optimaux sont ceux qui intègrent tous ces éléments (Fleury et al., 2004). Un individu qui se retrouve avec un problème de santé mentale a souvent besoin de plus d'un service, ainsi que de la coordination de ces services entre eux. Il doit pouvoir se rendre à ses soins. Il doit y avoir diverses ressources disponibles selon ses besoins. S'il a besoin de plus d'un services (par exemple des services de psychologies, ainsi que des services médicaux), les différents professionnels de la santé doivent pouvoir se coordonner entre eux. Enfin, il doit aussi pouvoir avoir accès à des soins de qualités, en quantité suffisante, et à des soins prodigués par différents professionnels compétents pour répondre à ses besoins. De ce fait, sans une intégration des services, il sera plus difficile de répondre aux besoins de cet individu.

Ainsi, il est possible de croire que lorsque les facteurs mentionnés sont des défis pour une institution ou un réseau, cela nuit aux services offerts, à la collaboration et favorise l'altérisation entre les acteurs. Celle-ci serait favorisée par la séparation et la division des services facilitant la présence de plusieurs groupes d'individus tout en nuisant à leur collaboration.

2.2 La professionnalisation

La professionnalisation se manifeste lorsque les professionnels tendent à définir et institutionnaliser les frontières de leurs professions (Larson, 1979). La logique de la professionnalisation est toutefois en concurrence avec la logique de collaboration, car elle place les professionnels « dans des situations paradoxales, et leur font vivre des conflits de valeurs quant à leur rôle d'expert en regard des autres professionnels, mais surtout en regard de la

clientèle » (D'Amour et al., 1999, p. 70). La professionnalisation augmente la distance entre les donneurs de soins et les bénéficiaires.

Or, la professionnalisation n'a pas que des conséquences négatives. Parallèlement à ceci, de nouveaux domaines comme celui de la psychoéducation sont en pleine croissance. Le domaine de la psychoéducation se professionnalise de plus en plus, ce qui peut être vu très positivement. En effet, cela permet une meilleure définition des limites de la profession pour s'assurer que la psychoéducation prenne sa place dans le système de soins d'aujourd'hui. Depuis 2001, il est toutefois obligatoire d'avoir une maîtrise en psychoéducation pour faire partie de l'ordre des psychoéducateurs et pratiquer cette profession (Grégoire, 2012). Les étudiants de cette profession sont donc accompagnés plus longtemps dans l'apprentissage de leur profession et peuvent ainsi explorer plus longtemps leurs réactions face aux autres et développer leurs compétences professionnelles. Toutefois, l'ajout d'années d'étude peut aussi agrandir le fossé entre les bénéficiaires et les donneurs de soins. En effet, de nombreuses années d'étude demandent des sacrifices plus ou moins grand pour un individu. Pour une personne inuit, cela veut dire déménager au Sud pendant minimum sept ans (deux années d'études pré-universitaire, trois années d'études au baccalauréat et deux années d'études à la maîtrise). En ce sens, cela agrandit le fossé entre le bénéficiaire et le donneur de soins, car la profession et le rôle d'expert deviennent plus difficiles à atteindre pour le bénéficiaire. Bien que dans certains nouveaux domaines, la professionnalisation puisse aider une profession à se définir, la distance que crée cette professionnalisation peut aussi nuire à la relation entre le bénéficiaire et le donneur de soins. Cette distance favoriserait aussi un discours d'altérisation entre ces acteurs.

Bref, ces auteurs proposent différents déterminants et facteurs qui, bien qu'ils se distinguent sur certains points, se rejoignent quant à leur participation dans le processus de collaboration et du phénomène à l'étude. Qu'en est-il du contexte particulier du Nunavik, la région géographique et humaine de la présente étude ? Y a-t-il des contextes et des facteurs particuliers à cette région qui contribueraient aussi à l'émergence du phénomène à l'étude ?

3. Une mise en contexte de l'histoire et de la santé du Nunavik

Comme nommé plus haut, cette étude a pour objectif d'explorer les manifestations d'altérisation entre les différents acteurs du système de soins du Nunavik. Cet intérêt n'est pas

dans l'optique de comparaison avec d'autres régions du Québec ou du monde, ce n'est pas non plus pour laisser sous-entendre que l'altérisation est un phénomène spécifique ou particulièrement problématique au Nunavik. La littérature dans ce domaine ne permet pas de faire de tels constats. Or l'étude de l'altérisation offre un cadre théorique pour étudier un phénomène qui est vu comme étant d'intérêt clinique et scientifique par les partenaires terrain. Étudier ce phénomène dans un contexte spécifique permettrait de mieux comprendre les dynamiques et les contextes qui influencent ces dynamiques. Pour ce faire, le contexte local dans lequel se déroule cette étude sera développé.

3.1 Contextualisation de la création d'institutions régionales au Nunavik

Le Nunavik se situe dans la région la plus nordique du Québec où vit 30% de la population inuit canadienne. La région fait partie du territoire qui a été ajouté au Québec en 1912 (Rodon et Grey, 2009). La région du Nunavik s'étendant de l'est de la baie d'Hudson à la baie d'Ungava compte un peu plus de 12 000 habitants (Nunivaat: Nunavik Statistics Program, 2011).

Le territoire du Nunavik et ses habitants ont été plutôt laissés de côté par les gouvernements fédéral et québécois jusqu'à la moitié du XXe siècle (Rodon et Grey, 2009). Ce n'est qu'autour des années 50 et 60 que la sédentarisation est devenue définitive pour le peuple inuit avec la « mise en application de programmes fédéraux de développement social et économique destinés aux régions arctiques » (Lessard, Bergeron, Fournier et Bruneau, 2008, p. 5). En 1963, René Lévesque, alors ministre des Ressources naturelles, créa une nouvelle branche responsable de développer ce nouveau territoire nordique. Le développement de ce « nouveau » territoire inclut principalement la création des projets hydro-électriques les plus importants en Amérique du Nord (Rodon, 2015). L'objectif était d'occuper ce territoire nordique (Duhaime, 1983).

Dès l'année 1969, la population du Nunavik a demandé au gouvernement fédéral de lui transférer des pouvoirs fédéraux pour qu'elle puisse mettre en place une forme d'autogouvernance. Par la suite, en 1975, la Convention de la Baie-James et du Nord québécois a été signée permettant au Nunavik de jouir d'une certaine autonomie administrative. C'est à cette époque que les administrations régionales ont vu le jour soit, l'administration régionale

Kativik, la commission scolaire Kativik et la régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik (Rodon et Grey, 2009). La société Makivik a été fondée à la même époque pour s'assurer des relations avec les administrations nommées précédemment, les gouvernements du Québec et le gouvernement du Canada. La société Makivik est aussi responsable du développement socioéconomique de la région du Nunavik.

La régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik se divise en deux établissements hospitaliers : le Centre de santé de Tulattavik de l'Ungava, à Kuujuaq et le Centre de santé Inuulitsivik, à Puvirnituq. Les deux centres offrent des services normalement offerts au Québec par les CLSC (centre local de services communautaires), les CPEJ (centre de protection de l'enfance et de la jeunesse), les CH (centre hospitalier de soins aigus), les CHSLD (centre hospitalier de soins de longue durée) et les CRJDA (centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'ajustement). Les services sont disponibles pour toute personne vivant au Nunavik et selon la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik (Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik, 2015). Chaque communauté a par la suite un dispensaire pour répondre à certains besoins à l'intérieur des communautés. Lorsque la situation le demande, les patients seront envoyés au centre de santé respectif de leur région (Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik, 2015) ou aux centres hospitaliers montréalais.

Les autorités du Nunavik se sont données comme objectif que 90 % des employés du secteur public soient inuit. En 2006, toutefois, il a été rapporté que 50 % des employés de ce secteur étaient inuit. En ce qui concerne les gouvernements, 99 % des dirigeants des administrations locales étaient inuit, tandis que seulement 49 % des dirigeants des administrations régionales étaient inuit (Kativik Regional Government, 2006). Malgré une représentation inuit au sein de l'administration, ces systèmes constituent un modèle de gouvernance qui peut être fragilisé par une fragmentation administrative, car chaque administration a son propre conseil d'administration et doit se rapporter à son département du gouvernement québécois, ce qui mène à peu de coordination entre les administrations et parfois à des conflits (Rodon et Grey, 2009).

3.2 La santé des Inuit, une difficulté à répondre aux besoins

Lorsque la santé des Inuit est comparée à la santé du citoyen canadien moyen, plusieurs disparités ressortent. Les personnes inuit ont en moyenne une espérance de vie à la naissance plus basse, fument plus et ont plus de risque de développer une maladie cardiovasculaire (Duhaime, 2003; Snodgrass, 2013). Le taux d'obésité, les problèmes de dépendance à la drogue et l'alcool, ainsi que le taux d'abus envers les enfants sont plus élevés (Council, Dewailly, Bjerregaard et Julien, 2008; Duhaime, 2003; Snodgrass, 2013; Young, 2007). De plus, le taux de suicide au Nunavik est de 6 à 11 fois plus élevé que pour le reste du Canada (Snodgrass, 2013).

Afin de bénéficier des services de santé adéquats et pour pallier ces difficultés de santé, il est important pour une population d'avoir accès à des soins de qualité; ce qui est d'ailleurs un des cinq principes qui guide le système de santé canadien (Gouvernement du Canada, 2018). Même lorsque les bénéficiaires ont accès à des soins de qualité, plusieurs facteurs participent à réduire l'utilisation de ces services. Ces facteurs incluent les expériences négatives vécues dans les services de soins, par exemple des expériences de racisme et de discrimination (Cameron et al., 2014), un manque de compétence culturelle dans les services offerts (Durey, 2010), des difficultés concernant la langue, ainsi que des difficultés à développer des relations de confiance avec les donneurs de soins (Cameron et al., 2014). Au Nunavik, l'accessibilité à des soins de qualité est plus difficile de par la situation géographique de la région par rapport au reste du Québec, le peu de ressources humaines, l'éloignement des centres hospitaliers importants de la province et l'éloignement des communautés entre elles (Fraser et al., 2016).

D'autres facteurs contribuent aussi aux difficultés d'accès et à la qualité des soins du Nunavik, soit: le roulement important du personnel des services de santé et de santé mentale (Guinard et al., 2012), des défis à la collaboration entre les acteurs des différents services (Fraser et al., 2016), ainsi qu'un manque de continuité dans les services (Lessard et al., 2008). En effet, Lessard (2015) énonce que moins du tiers des bénéficiaires reçoivent un deuxième suivi pour un soin. Il y a un manque de continuité dans les soins qui ne permet pas de répondre aux besoins en santé mentale de la population du Nunavik. Cette auteure énonce aussi qu'une forte tendance de la part des personnes inuit à consulter leurs proches lorsqu'ils font face à des défis psychologiques amène à se questionner sur la satisfaction des soins offerts dans les

communautés (Lessard, 2015; Raingruber, 2003). À l'inverse, des facteurs contribuant à l'accès aux soins et aux services sont les expériences positives vécues dans le système de soins et lorsque ces services répondent aux besoins sentis des patients (Fraser et Nadeau, 2015).

Bien que des lacunes soit présentes et aient été présentées plus haut, il est de mise de se pencher sur les contextes particuliers du Nunavik ayant un potentiel d'altérisation. C'est-à-dire que les défis particuliers dans l'organisation des services et le travail au Nunavik seront présentés sous un angle qui permettra de faire ressortir comment ces contextes amènent les acteurs du système de soins à se différencier les uns des autres et à vouloir collaborer plus ou moins ensemble.

4. Le potentiel d'altérisation au Nunavik

Plusieurs facteurs relevés par les auteurs comme étant nuisible à l'accessibilité des soins, à la continuité des soins et à la collaboration ont été notés comme pouvant aussi participer à l'émergence de discours d'altérisation entre les différents acteurs du système de soins. Les acteurs du système de soins incluent des travailleurs du Sud, des travailleurs inuit, ainsi que des bénéficiaires inuit et non-inuit qui sont tous amenés à vivre, travailler et se côtoyer au quotidien. Les motivations qui amènent les travailleurs à vouloir un emploi au Nunavik sont nombreuses, tout comme les expériences vécues par les bénéficiaires. Enfin, des expériences historiques et de colonisation pourraient aussi participer à l'émergence du phénomène à l'étude.

4.1 L'organisation des services au Nunavik, la collaboration et le potentiel d'altérisation

Tout d'abord, l'administration fractionnée de la région du Nunavik entraîne certaines disparités dans les services. Dans leur étude contextuelle sur les services de santé mentale au Nunavik, Lessard et al. (2008) ont relevé l'organisation des services centralisée de la baie d'Ungava par rapport à l'organisation des services décentralisée de la baie d'Hudson, le peu de soutien offert au personnel de la santé et des services sociaux, ainsi que la collaboration difficile entre certains professionnels. En effet, la collaboration serait compromise par

« [...] l'instabilité des ressources, par l'absence de structure permettant les échanges entre les intervenants des services de santé, des services sociaux, des ressources

communautaires et des détenteurs des savoirs traditionnels, par la confusion dans l'exercice du leadership, par la méconnaissance mutuelle des rôles et par la méfiance de part et d'autre » (Lessard et al., 2008, p. IV).

De surcroît, les mandats des établissements diffèrent de ceux des professionnels travaillant dans ces mêmes établissements. Les limites ne sont pas claires et se chevauchent même parfois (Lessard et al., 2008). Cette confusion dans les mandats et les rôles mènerait à des conflits. Ces conflits émergent, car la responsabilité de chacun dans une situation donnée n'est pas définie, ou des différences de personnalités ou des déséquilibres de pouvoir influencent les perceptions de chacun (Fraser et al., 2016).

Le projet de Fraser et al. (2016), dans lequel s'inscrit la présente analyse secondaire, porte aussi sur la collaboration entre les acteurs du système de soins. Plus spécifiquement, il porte sur les services de soins de santé mentale aux enfants du Nunavik. Fraser et al. (2016) ont tenté de mieux comprendre les obstacles et facilitateurs de la collaboration en santé mentale en explorant : (a) les écarts dans les soins et la manière dont la communauté peut combler ces écarts; (b) l'expérience des donneurs de soins et des membres de la communauté; (c) les contextes qui permettent aux services d'assurer une continuité des soins. Les participants ont soulevé la présence de plusieurs tensions entre les différents acteurs du système de soins. Un enseignant dénonce le manque d'information qu'il avait reçu concernant les caractéristiques psychosociales des enfants de sa classe. Une infirmière remarque que certaines personnes utilisent les lois sur la confidentialité pour garder des informations inutilement confidentielles. Un intervenant mentionne que pendant les rencontres d'équipe, les personnes se divisent en s'asseyant du côté des gens qui parlent leurs langues. Ceci entraîne des difficultés dans les interactions et même de l'agressivité. Un médecin fait part de son sentiment de manque de pouvoir et de sa frustration lorsqu'il doit collaborer avec des personnes qui sont présentes sur le terrain depuis de nombreuses années. Une autre infirmière dénonce le fait que les réunions sont souvent composées uniquement de « blancs ». Ceci démontre, pour elle, un manque d'intégration des personnes inuit et des questionnements sur l'importance de la culture dans la collaboration (Fraser et al., 2016).

Les acteurs du système de santé et des services sociaux ont relevé plusieurs types d'entraves à la collaboration dans le système de soins du Nunavik qui créent des frontières

invisibles entre les groupes d'acteurs. Les auteurs ont soulevé plusieurs questions, entre autres concernant la « laisse invisible » des mandats institutionnels, le manque de discussion entourant la prévention et l'engagement communautaire, ainsi que le manque d'une vision commune de collaboration et d'« *empowerment* » communautaire qui, pour être atteint, demandera des sacrifices de la part de tous les partis impliqués (Fraser et al., 2016). Conséquemment, il est de mise de se questionner sur les mécanismes qui ont menés à la naissance et au maintien de ces entraves à la collaboration, ainsi que les conséquences de telles frontières organisationnelles, professionnelles et culturelles sur les représentations mentales que se font les différents acteurs du système de soins.

4.2 Les travailleurs du Nunavik

Au Nunavik, les non-Inuit constituent 50 pour cent des employés des institutions publiques (Kativik Regional Government, 2006), bien qu'ils ne représentent que 10 pour cent de la population (Guinard et al., 2012). La plupart des travailleurs non-inuit œuvrant dans le système de soins de santé travaillent au Nord selon un horaire qui leur permet de travailler pendant neuf semaines et d'ensuite pouvoir descendre au sud pour quatre semaines de vacances (Centre de santé Inuulitsivik, 2016). Ces travailleurs ont des conditions de travail complexes et font face à des responsabilités qui dépassent largement leurs connaissances. Toutes les communautés disposent d'un personnel restreint et de peu ou pas de spécialistes. Les professionnels doivent donc travailler dans des conditions difficiles, autant en ce qui concerne les compétences requises que les mandats (Guinard et al., 2012). De plus, ces travailleurs venant du Sud doivent souvent faire face au fait d'être des gens de l'extérieur [*outsider*] et vivent des difficultés quant à leur manque de maîtrise de la langue inuit. Dans le cas plus spécifique des travailleurs des services sociaux, les professionnels travaillent dans un contexte de surcharge et de gestion de crises continue (Guinard et al., 2012).

L'ensemble des facteurs entraîne un roulement de personnel très important dans le Nord. En plus du nombre élevé de vacances offertes aux travailleurs, il y a beaucoup de changements et une instabilité dans les intervenants présents auprès de la clientèle (Centre de santé Inuulitsivik, 2016; Guinard et al., 2012).

4.2.1 Les perceptions des Inuit à l'égard des travailleurs non-inuit

Il est intéressant de développer brièvement sur la perception qu'ont les Inuit des services reçus. En effet, ceux-ci ne se plaignent pas systématiquement des soins offerts dans le système de santé et des services sociaux (Guinard et al., 2012). Certains participants de l'étude de Guinard et al. (2012) sont d'avis que c'est un privilège que d'avoir accès à ces services, bien qu'ils ne soient pas toujours parfaits. Selon ces répondants, les intervenants n'auraient donc pas à changer de manières d'intervenir ou de soigner. Toutefois, les participants de l'étude ne sentent pas qu'ils puissent changer quelque chose et manquent de connaissances concernant les tâches des intervenants, leurs droits et leurs responsabilités vis-à-vis de leur santé. Les auteurs décrivent une attitude désengagée des personnes inuit face aux services de soins de santé et l'expliquent par un écho de paternalisme et un manque de confiance envers les travailleurs non-inuit (Guinard et al., 2012). Justement, cette perception peut être contrecarrée ou atténuée par le développement d'une relation de confiance entre le travailleur et l'utilisateur, la confiance en la confidentialité des échanges, et l'absence de peur (Fraser et Nadeau, 2015). Dans l'étude de Fraser et Nadeau (2015) réalisée auprès de 15 membres d'une communauté inuit, lorsque ces trois éléments étroitement reliés étaient présents, les Inuit avaient des perceptions plus positives des travailleurs.

4.2.2 Les motivations des travailleurs en milieu autochtone

De nombreux travailleurs choisissent d'avoir un emploi au Nunavik. Ce qui motive les individus est souvent propre à chacun. Toutefois, Lemay (2011) note certaines caractéristiques communes aux personnes travaillant auprès de personnes autochtones. Ces motivations sont une curiosité à l'égard des cultures autochtones, des préférences développées en cours de route pour le travail auprès de personnes autochtones ou tout simplement la présence d'une opportunité de travail. La majorité des intervenants ayant participé à l'étude de cette auteure ont soulevé un motif d'ordre politique pour expliquer leur engagement en disant vouloir « réparer activement les torts déjà causés » aux populations autochtones (Lemay, 2011, p. 87).

Cette dernière motivation fait penser au phénomène de la culpabilité des blancs [*white guilt*]. Ce phénomène, nommé pour une première fois dans les années 1960, serait une conséquence de la colonisation (Steele, 1990). Ce terme décrit la dysphorie ressentie par les Nord-Américains européens (Caucasiens) qui voient leur groupe comme étant responsable de

leurs avantages illégitimes sur les autres groupes ethniques (Iyer, Leach et Crosby, 2003). Selon Steele (1990), cette culpabilité vient de la prise de conscience de l'avantage illégitime combiné à l'inévitable gratitude qu'un individu ressentira d'être blanc. La culpabilité personnelle concernant le groupe d'appartenance est ressentie lorsque les personnes se classent à l'intérieur d'un groupe, qu'elles considèrent comme coupable de torts envers un autre groupe (Branscombe et Miron, 2004). L'étude de Steele (1990) démontre toutefois qu'une conséquence de la culpabilité des blancs est qu'elle entraîne les blancs à être plus favorables aux politiques qui visent à réduire l'impact des privilèges blancs en s'impliquant dans des initiatives de changements dans la société. Par contre, les conséquences négatives incluent la distanciation entre travailleurs non-autochtones qui peuvent avoir tendance à se délégitimer, ainsi qu'une différenciation des autochtones en les percevant uniquement comme des victimes. Ces conséquences peuvent amener les individus à altérer l'autre ou à s'exclure de leur propre groupe d'appartenance social par l'altérisation.

D'autres éléments qui pourraient motiver les travailleurs non-autochtones à vouloir travailler auprès de populations autochtones incluent une motivation à développer et faire rayonner la profession, une volonté d'aller à la rencontre de l'autre, ainsi qu'une motivation pécuniaire due aux avantages financiers accordés aux travailleurs non-autochtones qui peut s'avérer très attirants, surtout en début de carrière (Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik, 2017).

Ainsi, l'abondance de travailleurs non-inuit au Nunavik n'est pas uniquement perçue négativement par les personnes inuit. Par ailleurs, il existe de nombreuses raisons, personnelles, professionnelles, financières ou historiques qui motivent les non-Inuit à vouloir travailler au Nunavik. Les différentes perceptions de ceux-ci, ainsi que les raisons les amenant à travailler au Nord pourraient toutefois contribuer à l'émergence des discours d'altérisation.

4.3 Une histoire de colonisation et son impact dans les soins de santé

La relation actuelle entre les Inuit et les non-Inuit au Nunavik est fortement influencée par une histoire sociopolitique ponctuée d'événements sombres et de tentatives de changer le statu quo surtout entrepris par des non-Inuit (Lemay, 2011; Stevenson, 2009, 2012, 2014). Des

événements douloureux et une intervention inadaptée au contexte autochtone font partie des raisons qui peuvent pousser les non-Inuit à vouloir travailler auprès des communautés inuit. Or ces perceptions du système de santé peuvent faire en sorte qu'un individu tente de s'en dissocier et ainsi nuisent à certaines collaborations interprofessionnelles ou interorganisationnelles.

Tout d'abord, les blessures des pensionnats des années 50, qui concernent les autochtones du Canada (incluant les Inuit), ont été particulièrement médiatisées (Lisant et de Leeuw, 2014). D'autres événements, moins médiatisés, ont été rapportés par Stevenson (2012) et découlent des impacts des soins offerts par le gouvernement canadien et sa « bureaucratie postcoloniale ». En effet, Stevenson (2012) dénonce les événements concernant les enfants atteints de tuberculose. Un exemple de ceci concerne un enfant descendu au Sud pour recevoir des soins et qui, lorsqu'il est remonté dans sa communauté 12 ans plus tard, n'a pas été repris par sa famille biologique. Pour eux, l'enfant était « mort ». Dans les années qui ont suivi, la Gendarmerie royale du Canada a procédé à l'abattage de plus de 200 chiens, car ils étaient prétendument une menace pour les personnes vivant dans les villages. Pour les Inuit, les chiens jouaient un rôle important dans leur mode de vie. L'abattage des chiens s'est fait ressentir dans les communautés, comme un meurtre. Puis, en 1941, le gouvernement canadien a commencé à donner des médailles avec des numéros d'identification aux Inuit, les dénudant de leurs noms, avec une signification importante, et les reléguant ainsi à de simples numéros. Ces actes témoignent d'un gouvernement manquant d'humanisme qui considérait les Inuit comme des êtres inférieurs aux autres Canadiens. Comme le mentionne Stevenson (2012), la bureaucratie gouvernementale anonyme des blancs vis-à-vis des Inuit a eu et a encore de conséquences graves, voire meurtrières, sur la santé et le bien-être des peuples inuit. Les répercussions de ces événements se font ressentir dans les hauts taux de suicide, les difficultés de santé, ainsi que le trauma intergénérationnel.

Par ailleurs, selon Lemay (2011), l'intervention sociale réalisée par des personnes non-autochtones dans des communautés autochtones n'a pas toujours eu bonne réputation. Ceci est en raison des événements historiques nommés plus haut, en plus de l'oppression des peuples autochtones et la création des réserves. L'approche utilisée et enseignée aux travailleurs sociaux n'a jamais encouragé « l'*empowerment* des communautés autochtones, mais plutôt leur mise sous dépendance et leur contrôle » (Lemay, 2011, p. 91). Ainsi, les intervenants sociaux non-

autochtones rencontrés par l’auteur sont critiques de leur profession du fait que les interventions visent encore à réguler et opprimer les autochtones. Les mesures colonialistes et paternalistes sont donc perpétuées dans les soins. C’est pourquoi les professionnels travaillant auprès des communautés autochtones pourraient vouloir se dissocier de cette image. Ils pourraient vouloir se faire voir d’une manière plus positive « de la manière dont ils perçoivent leurs collègues et la nature oppressive de leur profession » (Lemay, 2011, p. 105). Le développement d’une pratique cherchant à diverger des approches occidentales dominantes actuelles est donc une résultante de cette représentation des travailleurs sociaux (Lemay, 2011).

Le potentiel d’altérisation est donc favorisé par les différents éléments abordés plus haut. En effet, la nature même du système au Nunavik, dont font partie les différents acteurs, est donc problématique. Comme mentionné plus haut, cette différenciation des acteurs, et des organisations peut être un élément qui soutient la collaboration interorganisationnelle et interprofessionnelle si la différenciation est à connotation positive et relève les forces de chacun. Lorsqu’elle est de connotation négative, elle peut contribuer à la fragmentation des services.

Questions et objectifs de recherche

La réalité vécue par les communautés du Nunavik, qui comprennent des Inuit, mais aussi une forte proportion de travailleurs du Sud (Rodon et Grey, 2009), est complexe. Selon les acteurs des systèmes, malgré l'évolution et le développement d'une certaine autonomie dans le gouvernement régional au Nunavik, les organisations en place, et leur fonctionnement sont à améliorer. Ils souhaitent notamment améliorer la collaboration interprofessionnelle, interorganisationnelle et entre organisations et communautés. Ils souhaitent augmenter le nombre d'intervenants inuit engagés dans les organisations et rendre ces organisations plus culturellement adaptées aux besoins de la clientèle. Les diverses organisations s'engagent dans des efforts concertés pour améliorer la collaboration interinstitutionnelle, interorganisationnelle, interprofessionnelle et entre organisations et communautés. Ils nomment un désir de mieux comprendre les dynamiques qui prennent place dans les communautés et organisations afin d'améliorer les politiques, structures et programmes qui mènent à de meilleures collaborations et à une continuation des soins et des services en santé mentale jeunesse.

La présente étude propose d'utiliser le concept de l'altérisation afin de mieux explorer ces dynamiques de collaboration, plus spécifiquement les divisions des groupes sociaux, les dynamiques entre ces groupes et les contextes qui font émerger ces dynamiques. Les questions suivantes se posent donc :

a) comment se manifeste l'altérisation présente entre les différents acteurs et bénéficiaires du système de soins au Nunavik?

b) quels contextes sont associés à l'émergence de ces discours d'altérisation ?

Ceci permettra de réfléchir aux interrelations entre les contextes, les interactions sociales et la collaboration entre acteurs clés pour soutenir le bien-être et la santé mentale des jeunes inuit.

Méthodologie

1. Provenance des données

La présente analyse secondaire a été réalisée avec les données du projet de soins collaboratifs de l'équipe de Sarah Fraser (Fraser et al., 2016). Les objectifs du projet de soins collaboratifs étaient d'explorer les réseaux des services de santé et de santé mentale pour comprendre les obstacles et les facilitateurs liés à la collaboration interprofessionnelle dans le domaine de la santé et du bien-être des enfants et des familles du Nunavik.

Ce projet a été soumis à la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, la Commission scolaire Kativik, ainsi qu'au comité d'éthique de l'Université de Montréal. Deux assistantes de recherche ont travaillé avec la régie régionale et la commission scolaire pour préparer une liste des donneurs de soins qui représentaient tous les « niveaux hiérarchiques », toutes les organisations ainsi que les deux côtes de la région. Un agent de la Régie régionale a envoyé une lettre à tous les directeurs de services expliquant le projet et invitant les employés à participer. Pareillement, un agent de la Commission scolaire Kativik a contacté les directeurs d'école des communautés sélectionnés les invitant à participer. Par la suite, une méthode boule de neige a été utilisée pour recruter des participants. Les entrevues ont eu lieu dans trois villages nordiques ainsi qu'à Montréal. Les participants recrutés à Montréal travaillent au Nunavik, mais demeurent à Montréal et ont donc été rencontrés dans cette ville. Les participants étaient des acteurs entourant, de près ou de loin, le système de soin du Nunavik.

Les entrevues étaient d'une durée approximative de 90 minutes chacune. Trois questions larges ont été abordées pendant les entrevues. La première question abordée lors de l'entrevue consistait en un survol des rôles présents ou passés du participant. Par la suite, une exploration de la perception de la clientèle desservie a été réalisée. Enfin, la compréhension et l'expérience des services et de la collaboration à l'intérieur et entre les services (qui travaille avec qui?) ont été réalisées (Fraser et al., 2016). Le questionnaire complet des questions posées se trouve à l'annexe A.

Au total, 61 individus ont participé aux entrevues pour un total de 56 entrevues. Les participants incluent des psychiatres, des médecins, des infirmières, des travailleurs sociaux, des

directeurs d'école, des enseignants, des représentants des associations locales (comité scolaire, comité de santé), et des policiers. De plus, trois parents-utilisateurs des services ont été interviewés. Le nombre de participants inuit s'élève à 22 et le nombre de participants non-inuit à 39. Tel qu'explicité plus bas, au total, 12 entrevues ont été sélectionnées pour la présente analyse.

2. Sélection des données pour la présente étude

Compte tenu de l'ampleur du matériel recueilli, il a été jugé pertinent de s'attarder uniquement aux témoignages dont le contenu était lié plus directement au phénomène à l'étude. Cette sélection a pu se faire à partir d'une macro-codification des données qui a été réalisée par l'équipe de recherche à l'aide de QDAminer. Cette macro-codification a été réalisée par l'équipe de Fraser et al. (2016) et inclut les 56 entrevues de leur étude initiale. Les thèmes incluaient notamment « la collaboration dans les services », « les expériences et les perceptions », « le fonctionnement », « le réseau », « le travail », « l'adaptation », etc. Tout le matériel dont les codes étaient liés à un aspect relationnel ou à une perception des Inuit et des non-Inuit a été sélectionné. En effet, les discours d'altérisation doivent nécessairement inclure la présence d'un groupe « nous » et d'un groupe « eux ». Ainsi, les codes utilisés pour cette partie de l'analyse étaient : « Perceptions des acteurs du système de santé et de santé mentale », « Relation Inuit / non-Inuit », et certaines sous catégories des codes « Santé des Inuit », « Obstacles de collaboration » et « Différences avec le Sud » (voir annexe B pour l'ensemble des sous-catégories).

Les segments d'entrevues inclus dans les codes sélectionnés ont donc été lus en intégralité, pour un total de 301 pages de verbatim. Chaque segment qui représentait une forme d'altérisation, soit un discours dans lequel un groupe ou un individu est décrit comme étant négatif et différent du groupe d'appartenance du participant, était codifié. En codifiant ainsi de manière dichotomique selon la présence ou non du phénomène dans le segment, un tableau a été créé dans lequel le nombre de segments référant à l'altérisation était comptabilisé pour chaque participant. À la fin de la codification complète des verbatim ciblés préalablement, 679 segments ont été relevés.

Étant donné que l'objectif à cette étape était, non pas d'être exhaustif et de savoir de quelle manière « tout le monde altérise », mais plutôt de voir le contexte dans lequel des personnes se trouvent à altérer, un choix intentionnel de biais de l'échantillon a été réalisé. En effet, il a été décidé de lire les entrevues complètes de participants restreints et de biaiser l'échantillon en sélectionnant les entrevues ayant le plus de segments du phénomène, que celles-ci soient discriminantes ou non. Ainsi le but était non pas d'avoir un souci de représentativité de l'échantillon, mais plutôt d'explorer un sujet peu exploré et d'en tirer des conclusions pouvant donner naissance à de futures recherches sur le sujet.

De plus, pour ne pas se retrouver avec des individus provenant uniquement d'une même communauté ou profession, une grille a été créée avec les participants ayant le plus de segments. Dans cette grille, certaines informations à propos des participants (professions, Inuit/non-Inuit, lieu de l'entrevue) ont été ajoutées. Ceci a permis de placer, en ordre, les six entrevues de participants inuit et les six entrevues de participants non-inuit ayant le plus grand nombre de segments, tout en s'assurant d'une répartition juste des professions et des villes des entrevues. Enfin, les entrevues sélectionnées ont été vérifiées et ajustées de nouveau pour s'assurer d'une répartition égale de participants inuit et non-inuit, et des différentes professions que pratiquent les participants. Le sous-échantillon sélectionné inclut donc 12 participants provenant de divers organisations et rôles professionnels de l'échantillon total.

En effet, différents acteurs font partie de l'échantillon incluant des usagers des services, des travailleurs de la protection de la jeunesse, des services communautaires, de la commission scolaire, des garderies, et d'autres encore. Par souci de confidentialité, les identités et les professions des participants ont été modifiées. Les verbatim ont aussi été transcrits et transformés pour s'assurer de maintenir la confidentialité des participants. Des rôles hiérarchiques semblables aux rôles réels des individus ont été donnés aux participants. Leurs identités ethniques ont aussi été conservées.

Subséquemment, la première étape de l'analyse avait pour objectif de décrire les récits et de contextualiser l'altérisation relevée dans la première analyse, soit de comprendre dans quels contextes les participants parlent en termes de « eux » et de « nous ». Les questions qui guidaient l'analyse étaient nombreuses à ce stade et émergeaient au fil de celle-ci. Certaines questions émergeaient et guidaient l'analyse de manière plus large, notamment : quelles seraient

les fonctions de ces dissociations sociales? Comment se manifeste l'altérisation d'inclusion ? Comment est-ce que le contexte influence l'émergence du phénomène?

L'analyse du matériel s'est alors déclinée en trois grandes étapes soit une analyse narrative des « récits d'altérisation » et une analyse contextuelle qui a permis de décrire les contextes ayant participé à l'émergence d'altérisation. Une étape finale a consisté en une réorganisation des données pour s'assurer d'une congruence entre les données et le sens donné.

À cette étape, les 12 entrevues ont toutes été lues dans leur intégralité deux fois pour s'immerger dans les données. Par la suite, une liste des grands thèmes relevés a été réalisée. Cette liste a permis de créer les premiers thèmes pour l'analyse des entrevues soit, l'altérisation professionnelle, personnelle et envers les systèmes. Par la suite, les entrevues ont été analysées l'une à la suite de l'autre (par la même personne) à l'aide du programme QDA miner (2017). Les segments de textes pertinents ont été surlignés et placés dans une catégorie, à l'intérieur des différents thèmes. Si aucune unité de sens ne pouvait être rattachée à un thème, un nouveau thème et une catégorie étaient créés pour accueillir l'unité de sens. C'est par ce processus que deux thèmes ont été ajoutés soit l'altérisation ethnique et égocentrique. Ainsi, chaque fois qu'une unité de sens était surlignée, il était possible de placer l'unité de sens dans une des catégories existantes ou d'en créer une nouvelle. Au fur et à mesure que les catégories et thèmes étaient créés, un document comprenant les définitions de chaque thème et catégorie était créé et tenu à jour. Ainsi, chaque fois qu'une unité de sens était relevée, la codification de celle-ci était décidée à l'aide des définitions établies des thèmes et catégories existantes. Avec cette même méthode, toutes les entrevues ont été analysées.

Par la suite, un codage inverse a été effectué. En effet, à l'aide du programme QDA miner, il a été possible d'obtenir les unités de sens qui avaient été placées dans chacune des catégories et thèmes. Par une nouvelle lecture de ces unités de sens, en vérifiant si elles avaient été placées dans la bonne catégorie, il a été possible de valider leur présence dans leurs catégories respectives. C'est aussi lors du codage inverse qu'il a été remarqué que le thème altérisation égocentrique n'était pas son propre thème, mais s'imbriquait plutôt dans les autres thèmes. Celui-ci a donc été retiré lors de cette étape. L'étape du codage inverse a aussi permis de s'assurer que les catégories étaient mutuellement exclusives.

Une fois le codage inverse terminé, il a été noté que certaines catégories représentaient plutôt des contextes et que certaines représentaient plutôt des récits. À ce moment, il a été jugé nécessaire de diviser les différentes catégories en récits et en contextes. Les récits représentaient des paroles ou des discours prononcés par les participants. Les contextes correspondaient à des descriptions et des explications de contextes dans lesquels émergeait l'altérisation. C'est à ce moment qu'il a été remarqué que les récits pouvaient être découpés en deux grandes catégories soit l'altérisation d'exclusion et d'inclusion. Les contextes aussi pouvaient être divisés, mais servaient plutôt de qualifiant aux différentes catégories transversales. Bref, cette étape a permis de continuer la création du tableau I à la page 32.

Bien qu'un long travail d'analyse ait mené à l'émergence d'un tel tableau de résultats, un élément crucial sautait aux yeux, mais n'était pas encore inclus dans le tableau soit les groupes sociaux dans lesquels les participants s'incluaient. L'altérisation est la question centrale du présent mémoire. Celle-ci est souvent discriminante envers l'autre, mais peut aussi être non discriminante et servir uniquement pour se définir par rapport à l'autre (Cole, 2004; Shapiro, 2008; Shildrick, 2000). Ce qui est certain, c'est, qu'elle soit discriminante ou non, elle sert à se différencier de l'autre, à se définir et à identifier son groupe social. Les quatre grandes séparations de récits et de contextes représentaient donc les quatre grandes familles de groupes sociaux auprès de qui les participants s'identifient ou font référence. Les quatre catégories de groupes sociaux sont donc : « les professionnels », « les individus », « les systèmes » et « les ethnies ».

Les résultats et les tableaux suivants découlent donc de cette analyse.

Résultats

Les résultats qui seront présentés dans la prochaine section découlent donc d'une analyse secondaire des entrevues réalisées dans le cadre du projet de recherche de Fraser et al. (2016). Cette analyse a été réalisée en sélectionnant des entrevues selon certains critères établis. Les entrevues des participants ayant le plus d'exemples de discours du phénomène à l'étude ont été sélectionnées pour l'analyse. Douze entrevues ont ainsi été choisies. Ceci a permis d'explorer la nature du phénomène en le décrivant et en le contextualisant, plutôt que d'explorer l'ampleur du phénomène. Par ailleurs, il a été jugé pertinent de choisir des participants provenant de professions et d'organisations distinctes pour étayer les contextes de l'altérisation. L'analyse a donc permis de faire émerger certains constats suite à l'exploration des verbatim.

Les résultats ayant émergé de l'analyse des données seront divisés comme suit. Tout d'abord, il est possible de constater que l'altérisation émerge des discours en fonction de différents « groupes sociaux ». Plus précisément, l'altérisation semble se produire entre les groupes sociaux suivant : « les professionnels », « les individus », « les systèmes » et « les ethnies ». La première section des résultats permettra de présenter les résultats en lien avec l'émergence des groupes sociaux.

Par ailleurs, l'analyse des discours a aussi permis d'observer deux grands types d'altérisation à l'intérieur des différents groupes sociaux, soit l'altérisation d'exclusion et d'inclusion. Ainsi, chaque section subséquente des résultats inclura une description du groupe social en question, suivit des différentes catégories ayant émergé de ce groupe social. Les catégories seront donc divisées selon les catégories de récits d'exclusion, de récits d'inclusion, ainsi que des contextes amenant à ces altérisations. Le tableau à la page suivante permet de synthétiser les résultats présentés dans chaque groupe social dans les prochaines sections.

Tableau I. Récits d'altérisation ayant émergé des données et organisés selon les groupes sociaux

		Groupes sociaux				
		Professionnels	Individus	Systèmes	Ethnies	
Récits d'altérisation	Exclusion	Rivalité organisationnelle	Jugement pour se différencier de l'autre	L'herbe est plus verte ailleurs	Jugement généralisant	L'avantage de la personne locale
	Inclusion	Collaboration et coopération	Pour plus se ressembler		La force dans les différences	
Contextes		Rôles et mandats	Compréhension erronée des travailleurs du Sud	« Le système du Sud ne fonctionne pas au Nord »	Différences sur le plan des attitudes, des comportements et des valeurs	
		Les problèmes dans l'organisation	Frustrations dues à l'organisation.	« Le système dans le Nord est mal fait »	Ségrégation	

Tout d'abord, l'exploration des verbatim amène à constater l'omniprésence de « groupes sociaux » dans les discours. En effet, les participants font souvent référence à des notions de groupes tels que les Inuit et les non-Inuit, les nouveaux arrivants, les travailleurs sociaux, les médecins, les travailleurs de la DPJ, les enseignants, etc. Les groupes font généralement référence à l'appartenance culturelle, ethnique, à la profession ou à l'appartenance institutionnelle.

On remarque également que des discours d'altérisation sont parfois faits par les participants, alors que d'autres fois ils sont rapportés par les participants. On note donc des altérisations « actives » ou « produites » et d'autres, « passives » ou « vécues ». Les guillemets sont utilisés pour nuancer l'utilisation de ces mots puisque ces manifestations du phénomène semblent s'imbriquer les unes dans les autres, s'influencer et se nourrir.

Notre analyse permet d'identifier quatre catégories de groupes sociaux autour desquelles l'altérisation semble se produire soit : « les professionnels », « les individus », « les systèmes » et « les ethnies » (voir tableau I, p.32), et inclut à la fois de l'altérisation d'exclusion et d'inclusion. L'altérisation d'exclusion rassemble tous les exemples dans lesquels le participant utilise un discours pour se différencier de l'autre, s'éloignant en même temps d'une potentielle collaboration. Au contraire, lorsqu'il est question d'altérisation d'inclusion, le participant a

plutôt un discours qui établit des différences tout en voyant un potentiel de collaboration ou de coopération.

L'altérisation d'exclusion est beaucoup plus présente dans le sous-échantillon que l'altérisation d'inclusion. Toutefois, la présence d'inclusion démontre aussi une envie de collaboration de la part des participants. Dans tous les cas, certains discours peuvent être perçus comme étant discriminants, tandis que d'autres sont de nature plus neutre, avec moins de jugement ou d'émotion.

Ce qui suit est un exemple d'un intervenant communautaire non-inuit travaillant dans un village concernant le pouvoir décisionnel des infirmières dans les villages :

« J'ai une blague que je répète souvent. Les infirmières, lorsqu'elles arrivent dans le village où elles vont, quelqu'un les rejoint à l'aéroport, leur remet une petite couronne et un bâton, ou je ne sais plus quoi... un sceptre, je crois. Donc ils arrivent avec leurs sceptres parce que, dans leurs esprits, peu importe la manière dont les Inuit vont réagir avec eux, dans leurs esprits, le village leur appartient. Combien de fois j'entends dans les villages : mon village, mon médecin, mon interprète, mon chauffeur, mon ci, mon ça. Donc, il y a ce genre de prise de possession, et je crois que c'est très significatif. Dans les villages, les infirmières sont celles qui gèrent les clés. Ce n'est pas pour rien. »

Dans ce cas, le participant se différencie tout d'abord des infirmières qu'il décrit en discriminant leurs attitudes. Il pose un jugement sur les infirmières et se différencie d'elles. Les infirmières sont présentées de manières négatives. Il les décrit comme étant prétentieuses et comme pensant posséder la ville. Lorsqu'il dit : « mon village, mon médecin, mon interprète ... », il répète plutôt une altérisation entendue et donc passive, car il n'est pas celui qui l'a prononcé. Il nomme ce discours comme étant souvent présent et en parle comme d'un phénomène social construit. Pour cet intervenant communautaire, ceci est un phénomène très commun. Ceci est donc un exemple d'un discours d'altérisation d'exclusion, dans lequel une rivalité organisationnelle entre deux professionnels est présente.

Les quatre familles de groupes sociaux seront décrites dans la section qui suit. . exploration des verbatims, 2. identification des groupes sociaux. Si oui, spécifiez.

la première étape de l'analyse avait pour objectif de décrire les récits et de contextualiser l'altérisation relevée dans la première analyse, soit de comprendre dans quels contextes les participants parlent en termes de « eux » et de « nous ».

La description de chacun des thèmes se déclinera en fonction des récits qui y ont été relevés et des catégories associées. Les exemples présentés permettront d'avoir une idée plus juste de ce qui a permis de créer ces catégories et thèmes. Les contextes associés aux différentes catégories seront aussi développés et des exemples permettront d'illustrer comment ces contextes étaient présents dans les témoignages des participants. Le tout sera présenté sous forme de texte continu pour bien démontrer comment les contextes et les récits d'altérisation des participants s'interinfluencent.

1. L'altérisation entre les professionnels

« L'altérisation professionnelle » est le terme utilisé pour décrire les segments faisant référence à une altérisation directe d'un professionnel envers un autre professionnel ou un groupe de professionnels. Dans ces cas, les participants veulent se distinguer d'un autre professionnel ou d'un groupe de professionnels, de manière discriminante ou non.

Les récits d'**altérisation d'exclusion** ont été relevés dans les discours de plusieurs professionnels provenant de diverses organisations telles que : la protection de la jeunesse, les services sociaux, les écoles, les grandes administrations et les hôpitaux. L'exemple plus haut ainsi que l'exemple suivant font tous les deux parties de la catégorie de la **rivalité organisationnelle**. Ce qui suit est un exemple d'une intervenante des services sociaux inuit concernant les difficultés de collaboration entre l'école et les services sociaux :

« Des fois, je dois intervenir lorsque les jeunes se font arrêter ou je dois les rencontrer à l'école. Je n'aime pas lorsque les gens me prennent pour une travailleuse de la DPJ parce que directement en partant les jeunes ne t'aiment pas. Comme à l'école, j'ai rencontré la directrice et elle refusait que les jeunes rencontrent les services sociaux ou la protection de la jeunesse dans l'école. Elle disait « on ne veut pas que les enfants associent l'école à la protection de la jeunesse, alors ne venez pas ici pour intervenir ». Tu vois, déjà une image. J'ai essayé de leur expliquer qu'on n'est pas la DPJ. On a demandé à l'école s'ils ont un bureau, un petit endroit qu'on pourrait utiliser. Ils ont dit : « non, on ne veut pas que vous fassiez quoi que ce soit ici ». Il faut sortir les jeunes de l'école. Donc la DPJ a déjà une image négative à l'école et ça affecte notre image. »

Dans l'exemple présenté, la travailleuse sociale a un discours dans lequel elle cherche à se dissocier de la protection de la jeunesse, celle-ci ayant une image négative dans la communauté. Ensuite, l'école cherche à se dissocier de la protection de la jeunesse et des

services sociaux. Cela crée un vide entre l'école, la protection de la jeunesse et les services sociaux. Ils auraient des manières différentes de voir comment travailler avec les jeunes et selon la participante, se séparent plutôt que de collaborer. Enfin, lorsque les directions des écoles empêchent les services sociaux ou la DPJ de faire leurs rencontres dans l'école, tel que le suggère la participante, ils sembleraient maintenir une certaine séparation entre ces deux organisations. Ce serait cette même altérisation, qui les pousserait alors à refuser la collaboration.

Malgré des tensions et des rivalités présentes, un **désir de collaboration** a aussi été relevé dans les discours des participants. **L'altérisation d'inclusion professionnelle** réfère donc aux discours dans lesquels les participants se différencient d'un autre professionnel, parfois de manière discriminante, tout en nommant un désir de collaboration professionnelle.

Ce qui suit est un exemple d'une travailleuse sociale non-inuit :

« Participant : Moi, j'ai un rôle de modelage.

Intervieweur : Fait que vous intervenez à deux.

Participant : Oui. Au début, on fait toujours ça, parce qu'ils parlent en inuktitut avec l'enfant. Fait que on fait toujours les démarches ensemble, après ça on commence le programme d'intervention ensemble puis je les laisse aller. Pis j'y vais une fois de temps en temps, pour faire des bilans ou leur donner un coup de main. »

Dans l'exemple présenté, l'altérisation que fait la participante est assez spontanée et non discriminante. En effet, la travailleuse sociale parle de son « rôle de modelage » et de « donner un coup de main ». Ce discours peut être considéré comme répandu et présent dans le domaine de l'intervention. Dans le segment d'entrevue, elle nomme qu'elle doit faire du modelage auprès des autres intervenants. Elle se différencie alors de ceux-ci et se considère comme possédant des compétences qu'elle peut leur enseigner. Elle adopte donc un discours qui mène à une collaboration inclusive par la suite. Effectivement, dans la suite du segment, elle décrit le travail de collaboration qu'elle réalise avec les autres intervenants du centre, la différenciation apparaît donc ici comme une condition nécessaire ou précédente à la collaboration. Un respect des différences de chacun est présent et une volonté de travailler ensemble se dégage.

De surcroît, la complexité des relations de travail dans le Nord ressort beaucoup dans les segments d'altérisation d'inclusion professionnelle. Notamment, une séparation entre des groupes qui ne désirent pas toujours être séparés. Par exemple, dans les verbatim, des

participants parlent d'une volonté de travailler ensemble dans un contexte qui ne le permet pas, à cause de la ségrégation, d'un manque d'opportunités et d'un taux de scolarité plus faible chez les Inuit. Ils rapportent que les rencontres avec les directions sont parfois faites en deux groupes, les Inuit d'un côté et les non-Inuit de l'autre. Dans d'autres cas, ils rapportent une volonté de travailler et de collaborer, tout en nommant un manque d'opportunités de travail et un manque de connaissances de ces opportunités chez les personnes inuit.

Ce qui suit est un exemple d'une infirmière inuit concernant les possibilités de travail pour les Inuit :

« Ce serait bien d'avoir une foire aux emplois : pour les Inuit, par les Inuit. Avoir quelque chose d'accessible pour l'Inuk ordinaire qui n'a pas d'emploi, qui en veut un, mais qui est trop gêné parce qu'il n'a pas gradué le secondaire ou n'a pas de formation professionnelle. Avoir un kiosque pour chaque organisation avec une personne inuit derrière le kiosque, et des travailleurs inuit, c'est ça qu'il faut. Il faut leur montrer que ça existe et qu'il y a différentes opportunités. »

Ainsi, on note une volonté de changement et des propositions de solutions dans le discours de l'infirmière. Elle nomme une volonté de travailler ensemble dans les organisations, contrecarrée par un manque d'opportunités et de la gêne par rapport au taux de scolarité plus faible.

Des barrières **contextuelles** ont aussi été relevées dans les discours des participants entre les travailleurs de la baie d'Ungava et de la baie d'Hudson, entre les professionnels des différentes organisations, et même, entre les professionnels provenant de différentes professions. Les professionnels disent qu'ils ont appris à pratiquer leurs professions d'une certaine manière, ils ont de la difficulté à travailler avec d'autres professionnels du système étant donné qu'ils ne sont pas amenés à travailler souvent ensemble. Les participants s'identifient fortement aux professionnels de leur baie et se différencient de ceux de l'autre baie par des discours altérisants, et parfois, discriminants.

De plus, d'autres facteurs contextuels pouvant contribuer à l'altérisation perçue et active ont été relevés dans les discours des participants. Tout d'abord, on note que lorsqu'ils sont amenés à travailler ensemble, il existe des tensions dues aux difficultés contextuelles du Nord, soit un manque de clarté des rôles et des mandats de chacun, ainsi que des problèmes dans l'organisation des services. La professionnalisation a aussi été relevée comme étant un facteur

contribuant à créer des frontières entre les professionnels. Certains professionnels ont plus de diplômes et de certification que d'autres ce qui fait en sorte qu'ils ont accès à de meilleurs emplois et de meilleures conditions de travail. Ceci peut créer des tensions et des barrières entre les individus, comme le nomme cette intervenante sociale non-inuit :

« De l'extérieur il y a beaucoup de barrières. L'une d'entre elles, c'est la professionnalisation de tout. Le nombre de personnes inuit avec des diplômes, ou quelque chose comme ça, il n'y en a pas beaucoup. Certains ne se voient même pas comme pouvant être des professionnels. »

Bref, de nombreux enjeux sont présents dans la vie des professionnels travaillant au Nord. Leur rôle professionnel peut varier grandement par rapport au rôle qu'ils avaient au Sud, les aspects économiques sont différents et l'éloignement géographique ajoute un autre défi. Enfin, les éléments nommés plus haut, tel que la rivalité entre la baie d'Hudson et la baie d'Ungava, ainsi que les frontières entre les professions sont des facteurs contextuels qui contribuent eux aussi à l'émergence de l'altérisation professionnelle.

2. L'altérisation entre les individus

Lorsqu'il est question d'altérisation entre les individus, cela fait référence au caractère individuel de l'identité des participants. Cela ne fait donc pas référence à leurs rôles professionnels, ou à leurs caractéristiques ethniques, mais plutôt à leurs caractéristiques personnelles. L'altérisation individuelle inclut donc tout discours direct d'un participant envers une personne en particulier ou un groupe d'individus.

On note certaines caractéristiques qui sont utilisées dans l'altérisation telle que, le manque de connaissance de la langue inuktitut, les longues vacances incluent dans les contrats des non-Inuit, la courte durée de temps que peuvent rester certains travailleurs non-inuit dans les communautés, ainsi qu'une peur, autant chez les Inuit que chez les non-Inuit, d'aller à la rencontre de l'autre.

Ce qui suit est un exemple d'une travailleuse de la protection de la jeunesse non-inuit qui travaille depuis longtemps dans le Nord qui raconte cette réalité :

« Il y a de plus en plus de non-Inuit qui sont engagés. Et avec tous les problèmes qu'ils amènent avec eux... Ils ne restent pas longtemps, ils prennent des vacances d'un mois

toutes les neuf semaines, ils ne parlent pas inuktitut... Des fois, ils ne parlent même pas assez anglais pour communiquer dans la deuxième langue, et tous les autres problèmes. Je ne blâme pas les individus, mais c'est quand même bizarre comme phénomène. »

Dans l'exemple ci-dessus, la participante pose un jugement sur les compétences des nouveaux arrivants en généralisant des caractéristiques qu'elle a observées auparavant. Elle nomme plusieurs problèmes qui peuvent découler de leur présence, tels que leur absence de la communauté, le fait qu'ils restent parfois pour des courtes durées et le fait qu'ils ne parlent pas la langue locale, soit l'inuktitut. Elle pose ainsi un jugement sur les travailleurs non-inuit venant travailler au Nord, tout en exposant un certain contexte qui l'amène à avoir ce jugement. Elle se différencie donc de ces nouveaux arrivants bien qu'elle ait été elle aussi à un certain moment, une nouvelle arrivante du Sud. Elle cherche à s'identifier au groupe de la communauté qui n'a pas tous les problèmes qu'elle nomme. Cet exemple permet de contextualiser son discours. En effet, la participante énonce aussi une problématique du Nord, soit celle du nombre grandissant de travailleurs provenant du Sud et le nombre diminuant de travailleurs provenant des communautés du Nunavik.

Des discours **d'altérisation d'exclusion** sont aussi présents dans lesquels un **jugement est posé envers une autre personne**. Ces segments de discours se distinguent de ceux cités plus haut par le fait qu'ils ne présentent pas des facteurs contextuels, mais sont plutôt une altérisation directe envers d'autres individus. Les participants ont mis de l'avant diverses raisons pour expliquer ce phénomène. Certains jugements concernent les compétences parentales d'une personne inuit ou non-inuit, les attitudes ou compétences personnelles d'une personne spécifique, ou concernent les conditions de travail de certaines personnes comparativement à d'autres.

Une interprète inuit explique une situation où elle se différencie des parents d'enfants dans la classe de sa fille sur la base de pratiques parentales divergentes :

« Ma fille est en 4^e année, puis l'autre fois, elle racontait qu'un jeune de sa classe fumait et qu'un autre n'allait pas souvent à l'école. Mais tsé, c'est les parents qui vraiment ont besoin de jouer un rôle plus important et d'être plus présents parce ce n'est pas rare qu'il y a des familles du Nord qui ont des problèmes alcooliques. Je trouve que si les parents ne sont pas sains eux-mêmes, c'est les enfants qui vont souffrir et ils commencent à trainer, à fumer jeune et commencent à boire jeune. C'est aux parents d'être plus présents. Comme on dit, les jeunes sont le futur. »

Dans l'exemple précédent, l'interprète explique les comportements des jeunes par ceux des parents. Par son discours, elle se différencie de ceux-ci. Elle s'exclut d'un groupe social auquel elle pourrait s'inclure dans d'autres circonstances. Son discours exclut les parents de son groupe, mais une volonté d'améliorer le sort des enfants de la classe de sa fille est tout de même présente. La mère nomme des problématiques présentes dans la communauté et se différencie des parents avec ces problèmes, car, selon elle, elle fait partie du groupe qui pourra aider « *les jeunes qui sont le futur* ». Elle se positionne donc en intervenante et s'exclut de ceux qui ont des difficultés.

Bien que dans certains discours d'altérisation les participants se différencient de l'autre pour s'exclure d'un groupe social, d'autres discours amènent les participants à se différencier pour inclure l'autre dans un groupe social. Lorsque **l'altérisation d'inclusion** est présente dans le discours, cela crée un effet de rassemblement entre les individus de groupes sociaux différents vers un même groupe social. Le but est donc de **collaborer pour plus se ressembler**.

Ce qui suit est un exemple d'une éducatrice non-inuit en garderie qui souligne les compétences d'une collègue :

« Isabel est extraordinaire parce que c'est la seule personne inuit que je connaisse qui est organisée dans ses dossiers. »

L'exemple présenté est intéressant, car l'éducatrice se différencie du groupe social de sa collègue. En même temps, elle valorise les capacités organisationnelles de sa collègue. Elle exclut donc sa collègue de son groupe ethnique d'appartenance et l'inclut dans son propre groupe social. Elle met de l'avant les compétences qui la distinguent du groupe, tel qu'elle le connaît. Pour l'éducatrice non-inuit, une compétence de travail valorisée est l'organisation des dossiers. Ainsi, elle exprime sa joie de voir que sa collègue intègre cette capacité. Ce discours ne semble pas être intentionnellement discriminant de la part de l'éducatrice. Elle cherche plutôt à inclure sa collègue, elle s'identifie à elle, ce qui informe d'une possible collaboration sur la base de cette ressemblance. Toutefois, est-ce positif de se voir séparer de son groupe ethnique d'appartenance à cause de compétences personnelles, surtout dans un contexte où les individus font partie d'une petite communauté isolée ? Est-ce mieux de faire partie de son groupe d'appartenance ethnique ou d'un groupe social valorisé par sa collègue qui ne partage pas le même groupe ethnique ?

Bref, toutes sortes d'altérisations individuelles ont émergé des données, car les participants vivent des expériences variées. Ces exemples incluent des jugements des travailleurs du Sud à cause d'une compréhension généralisée et anticipée face à ces derniers. Ces jugements portaient sur les nouveaux arrivants, les anciens (personnes non-inuit qui habitent le Nord depuis de nombreuses années) et la barrière de la langue. Les relations personnelles et individuelles que les participants peuvent avoir dans leur communauté au Nord semblent aussi teintées par la structure organisationnelle en place amenant les habitants à travailler et à vivre ensemble au quotidien.

Les frustrations face à l'organisation des services de santé et de santé mentale du Nord amènent des tensions dans les relations individuelles (**contextes**). L'organisation des services au Nunavik peut entraîner des difficultés dans les relations professionnelles, mais aussi personnelles. De nombreux participants nomment la joie qu'ils ressentent de travailler au Nord, mais aussi les défis que cela implique. Ce n'est pas tout le monde qui reste longtemps. La réalité du Nord et l'organisation des services entraînent beaucoup de changement dans le quotidien de la vie personnelle des gens qui y travaillent. Ceci amène certains participants à s'identifier fortement à la communauté et aux groupes demeurant dans la communauté.

Les frustrations dues à l'organisation en raison des conditions de travail et financières des travailleurs, ainsi que des changements de personnel contribuent aussi à l'émergence de discours d'altérisation individuelle. La présence de tels discours entre les individus démontre l'impact des tensions et de la réalité du Nord dans toutes les relations, et pas uniquement dans les relations professionnelles. Ces contextes amènent donc les individus à se différencier les uns des autres.

3. L'altérisation envers les systèmes

De nombreux participants ont des discours dans lesquels de l'altérisation envers le système de soins, les organisations gouvernementales et les administrations du Nunavik étaient présentes. Dans ces cas, le groupe d'individus duquel le participant se différencie est un système ou une institution gouvernementale. Ce n'est donc pas directement envers un individu, tel que développé dans la section précédente, mais plutôt envers un système avec lequel le participant

n'est pas en accord. Qu'il discrimine ou non le système en question, le participant cherche à s'en différencier pour s'identifier plutôt à un autre système en place, à sa communauté ou à certains individus de sa communauté.

Les discours **d'altérisation d'exclusion** qui ont émergé des données se rassemblent autour du thème de « **l'herbe est plus verte ailleurs** ». Dans ces cas, les participants suggèrent une certaine nostalgie du passé et vantent les anciennes caractéristiques du Nunavik tout en dénigrant les conditions actuelles du système de soins et des services sociaux. Les participants comparent aussi le système du Sud et le système du Nunavik. Pour certains participants le système du Nunavik a des caractéristiques avantageuses et ils s'identifient à celui-ci. En même temps, ils dénigrent, et se différencient, du système du Sud. Les avantages en question incluent une plus grande liberté professionnelle, des mandats plus larges et moins de bureaucratie. Pour d'autres participants, le système du Sud présente des caractéristiques avantageuses par rapport au système du Nunavik. Ces avantages incluent une meilleure organisation des services, une langue partagée entre les donneurs de soins et les bénéficiaires, une meilleure compréhension et un meilleur respect des mandats de chacun. Lorsque les participants non-inuit parlent d'une meilleure organisation des services au Sud, ils font référence à une compréhension plus généralisée de la confidentialité, une administration qui respecte la confidentialité, des visites à domicile régulières, des locaux pour l'intervention auprès des enfants et des locaux différents pour l'intervention auprès des adultes. Ils s'identifient parfois à un de ces systèmes, parfois à aucun système et parfois même, comme dans le cas suivant, aux deux systèmes.

Ce qui suit est un exemple d'une intervenante non-inuit qui se différencie et s'identifie à la fois aux systèmes du Sud et du Nunavik.

« Dans le Sud, on va faire ça clairement. Dans le Sud, nos intervenants, puisqu'ils parlent la même langue, ils sont formés pour aller faire un petit débroussaillage. À la suite de ça, nos services de la protection de la jeunesse vont aller prendre le relai ou non. Alors qu'ici, on n'est pas formé, on ne parle pas la langue, ça ne se passe pas. Donc nos services de protection de la jeunesse retiennent tout de suite le signalement, on lance la grosse gendarmerie, traumatismes, plaintes, parce qu'il n'y a personne. »

Dans l'exemple présenté, la directrice se différencie du système du Nord en s'incluant tout d'abord dans le système du Sud. Elle valorise le système du Sud lorsqu'elle y travaillait au Sud, mais parle aussi des problèmes de ce système dans le contexte du Nord. Ce n'est donc pas

nécessairement le système lui-même qui est problématique, mais il ne semble pas fonctionner dans le cadre du Nord. Il y aurait donc des incohérences et des façons de faire qui ne correspondent pas à sa perspective personnelle de la manière de faire. Elle s'exprime donc sur les conséquences d'un système qu'elle perçoit comme n'étant pas adapté. Le manque de ressources, les services problématiques, les traumatismes que cela peut engendrer ainsi que le sentiment de frustration qui peut naître, autant chez les travailleurs que les bénéficiaires, se traduit donc dans sa manière de parler par de l'altérisation. Cette directrice de services non-inuit s'identifie donc à la fois au système du Sud, et au système du Nord.

Ce qui suit est un autre exemple, cette fois, d'une participante inuit qui est nostalgique d'une époque où c'était plus facile de travailler dans le système :

« Quand je travaillais pour la protection de la jeunesse il y a 20 ans, nous avions des case loads, des listes d'attentes et tout. Mais nous pouvions travailler beaucoup plus vite avec les familles inuit parce que nous étions nous-mêmes Inuit. J'avais un collègue qui était inuit aussi, et des elders expérimentés qui travaillaient avec nous en tant que travailleurs communautaires. Nous allions visiter les familles, nous cognions aux portes et nous travaillions avec la police. C'était beaucoup plus orienté vers la communauté. »

Dans cet exemple, une certaine nostalgie est présente dans le discours de la participante et il est possible de comprendre qu'elle s'identifie davantage au système qui était en place auparavant. La participante explique, en effet, que la structure des services tels qu'ils étaient, lui permettait d'aider plus de personnes, et ce, plus efficacement. Elle mentionne aussi la plus grande présence de travailleurs inuit auparavant ce qui, selon elle, était un avantage. Bref, cette nostalgie témoigne de déception, voire de frustration, envers le système actuel du Nord.

Par ailleurs, de nombreux **contextes** qui nourrissent des discours d'altérisations envers le système du Nord ont émergé dans les données. Les participants ont grandement rapporté des frustrations concernant le fait que le système du Sud soit appliqué tel quel au Nord et que cela amène des difficultés de fonctionnement. Des problèmes ont été rapportés concernant la protection de la jeunesse qui est, pour certains, trop axée sur la loi et difficilement implantable dans le contexte du Nunavik. Des difficultés concernant la confidentialité obligatoire dans les services, non-réaliste dans de petites communautés, le système scolaire du Sud et la professionnalisation des services de santé et de santé mentale ont aussi été rapportées.

Ce qui suit est un exemple d'une psychoéducatrice en protection de la jeunesse non-inuit concernant les lois entourant les systèmes de soins :

« Il faut vraiment éduquer les autres équipes de travail, parce qu'il y a beaucoup de frustration au niveau de notre collaboration avec les services sociaux parce qu'ils sont régis par une loi complètement différente de la nôtre. Puis aussi longtemps que leurs équipes de travail ne le comprendront pas, ça va être difficile. Parce que nous autres, on est légiféré par une loi qui est très sévère par rapport au partage de l'information. On est super limités dans ce qu'on peut leur dire. Je ne peux pas partager d'information avec eux. Ils n'ont aucun droit à cette information-là. »

D'autres ont nommé des consternations directes envers le système présent dans le Nord en disant qu'il est mal fait. Ces frustrations incluent le roulement du personnel qui empêche le bon fonctionnement des services, les vacances nombreuses des travailleurs qui ne sont pas remplacés pendant leurs absences, les difficultés dans la gestion des communautés et des services, le fonctionnement général de la protection de la jeunesse dans le Nord, le manque de ressources, l'absentéisme des employés, le manque d'inclusion entre les Inuit et les non-Inuit et les difficultés associées au système scolaire du Nord.

Ce qui suit est un exemple d'un directeur de la protection de la jeunesse inuit concernant le manque de ressources :

« Nous n'avons pas assez de ressources... Les services sociaux pensent souvent que tout enfant âgé de 18 et moins est automatiquement la responsabilité de la protection de la jeunesse. C'est difficile de leur faire comprendre qu'en plus avec le peu de ressources... »

Voici un exemple d'une intervenante des services sociaux qui parle de la problématique du roulement du personnel :

« Participant : Il y a un changement constant des travailleurs sociaux ici.

Intervieweur : Le roulement de personnel.

Participant : Je travaille ici depuis à peine un an et il y a quelqu'un de différent dans absolument tous les postes.

Intervieweur : Les gens ne restent pas longtemps.

Participant : J'ai vu des gens rester un mois et partir. »

Ces **contextes** circonscrivent les frustrations des participants et contribuent à l'émergence des discours altérisants envers le système en place dans le Nord, mais aussi avec des groupes de personnes ou de professionnels en particulier.

Bref, les discours présents chez certains participants semblent être orientés vers des individus, mais reflètent plutôt des frustrations envers les systèmes en place et les organisations présentes au Nunavik. Les facteurs contextuels nommés influencent l'émergence de ceux-ci.

4. L'altérisation concernant l'identité ethnique

L'altérisation ethnique concerne les discours des participants qui se différencient d'une autre personne, en ciblant une caractéristique associée à l'identité ethnique de cette personne. C'est dans ce thème que l'on note la plus grande variété de dimensions d'altérisation. En effet, il a été possible d'observer des exemples positifs, négatifs, neutres, actifs et passifs. Ces exemples concernent des personnes de la même identité ethnique ou d'une identité ethnique distincte de celle du participant. L'identité ethnique semble donc fortement être présente et caractériser les rapports entre les participants.

Tout d'abord, les participants ont rapporté que des **différences perçues sur le plan des attitudes, des comportements et des valeurs** peuvent faire émerger des conflits et des tensions. Les participants parlent de situations de racismes, de culpabilité des blancs, ainsi que de situation de séparation des Inuit et des non-Inuit dans le contexte de travail.

Ce qui suit est un exemple d'un éducateur spécialisé non-inuit qui explique une séparation des Inuit et des non-Inuit ayant eu lieu à son lieu de travail :

« Il y a eu un gros conflit il y a quelques mois à l'interne. Une éducatrice inuit voulait amener un jeune dehors pour une intervention et il y a eu un incident avec le jeune. La direction a donc refusé toute sortie du centre pour les prochains mois. Le mercredi suivant, c'était la première réunion où les Inuit étaient séparés des blancs. La directrice, qui est blanche, nous a parlé pour nous dire qu'on ne pouvait plus aller « on the land » avec les jeunes. Je n'ai pas pu en parler directement avec les personnes inuit de l'équipe, mais il y a beaucoup de bouches à oreilles. Ce qu'on m'a dit c'est que c'est une décision extrêmement contestée par les Inuit. »

L'informateur, qui, à travers le reste de son entrevue, émet de nombreuses frustrations envers sa directrice, se différencie donc de sa directrice, mais se retrouve, malgré lui, à être inclus dans le groupe des non-Inuit auquel il appartient de par son identité ethnique. À la fin du segment, il est possible de croire qu'il aimerait toutefois comprendre la situation du point de

vue des personnes inuit, et donc créer une alliance relationnelle avec ceux-ci. Ainsi, ce contexte de travail particulier amène l'éducateur à se différencier de sa directrice, mais pas de son groupe de semblable tout en tentant de se lier avec le groupe d'employés inuit de son organisation.

Ce qui suit est un autre exemple provenant d'une intervenante sociale inuit concernant les travailleurs qui arrivent avec des préconceptions négatives des communautés :

« Il y a des gens qui viennent ici et qui ont déjà une opinion de la communauté. Ils n'arrivent pas avec un esprit ouvert. Ils ont peur de sortir dehors. Ce n'est pas parce que tu vois des gens saouls dehors que c'est dangereux. Un des patrons disait qu'il ne sortait pas de chez lui. Je lui ai demandé pourquoi. Il m'a dit qu'il avait peur. Et moi j'ai demandé ce qui s'était passé. Il a dit rien, mais qu'il avait entendu des histoires. Moi, comment je vois ça, personne ne sort de chez soi. Je ne vois pas mes voisins. Jamais. Travail, maison, travail, maison. Donc, ils ne sont pas dans la communauté. C'est sûr qu'ils ont peur. »

Dans cet exemple, l'intervenante fait de l'altérisation active envers les personnes non-inuit qui ont peur de sortir de chez eux. Elle se différencie de ceux-ci qu'elle décrit comme ne faisant pas partie de la communauté, alors qu'elle en fait partie. Elle s'exclut donc du groupe social de non-Inuit de par leurs différences culturelles. Toutefois, un contexte intéressant est aussi présent dans cet extrait. L'intervenante rapporte le partage d'histoires entre les personnes non-inuit qui invite à maintenir une ségrégation entre Inuit et non-Inuit. Ainsi, le partage d'histoires négatives sur la vie dans le Nord peut contribuer à maintenir un écart entre Inuit et non-Inuit, mais également entre non-Inuit n'ayant pas les mêmes perceptions et expériences.

Bref, ces exemples vécus par les participants peuvent créer des frustrations tant chez les Inuit que chez les non-Inuit. Ils contribuent à l'émergence et au maintien de discours altérisants.

En ce qui concerne les discours **d'altérisation d'exclusion**, des **généralisations** vécues et produites par les participants ont été rapportées. Certains participants ont nommé des **généralisations stéréotypées** positives, négatives ou neutres sur des personnes de la même identité ethnique qu'eux ou d'une autre identité ethnique qu'eux. Dans d'autres cas, ce sont des situations de discrimination qui ont été vécues par des personnes inuit et non-inuit qui ont été rapportées par les participants.

Parfois, un participant **non-inuit ou inuit** se dissocie d'une personne ou d'un groupe de personnes **inuit** en généralisant une caractéristique ou une croyance sur cette ethnie à toutes les

personnes de cette même ethnie. Parfois, c'est un participant **non-inuit ou inuit** qui altérise une personne ou un groupe de personnes **non-inuit** par le même processus.

Ce qui suit est un exemple d'une infirmière non-inuit concernant l'engagement des bénéficiaires vis-à-vis de leur santé :

« La population inuit vit vraiment au jour le jour. Quand il est question de soins de santé curatifs, oui ils sont engagés, ils viennent chercher ces soins-là. Moins quand on parle de prévention. Ce ne sera pas une population qui sera conciliante à des programmes de prévention. Ils ne viendront pas non plus à leurs rendez-vous médicaux. S'il fait beau cette journée-là, ils vont aller pêcher et chasser. Ils ne viendront pas à leurs rendez-vous. On n'est pas adaptés à cette réalité-là. On essaie de les faire rentrer dans un moule qui n'est pas... ce n'est pas leur identité. »

Dans cet exemple, l'infirmière nomme certaines caractéristiques des personnes inuit avec qui elle a été amenée à travailler ou donner des soins et elle les généralise à toute la population inuit. Elle nomme que le système actuel n'est pas adapté aux besoins différents de cette population. Ce qui est intéressant c'est que la participante étant une intervenante, elle veut pouvoir promulguer des soins et aider la population à aller mieux. Elle se différencie des Inuit, car elle ne fait pas partie de ce groupe ethnique, tout en semblant comprendre les raisons derrière leurs habitudes. Elle se questionne même sur le système en place auquel elle appartient, « *on essaie de les faire rentrer dans un moule* », tout en nommant une lacune. La généralisation qu'elle nomme n'est donc pas une discrimination de caractéristiques d'une autre identité ethnique.

Ce qui suit est un exemple d'une intervenante psychosociale inuit en parlant des travailleurs non-inuit qui ne peuvent pas tout connaître comme une personne inuit :

« Ils aident, c'est sûr, mais ils ne connaissent pas l'histoire. Ils ne savent juste pas... tu sais, ce n'est pas toujours nécessaire de connaître l'histoire pour pouvoir aider. Mais, je ne sais pas, l'empathie naturelle, être capable de comprendre le non verbal, le langage corporel... »

À partir d'expériences passées, la participante semblerait identifier une incapacité de la part des intervenants non-inuit à comprendre certaines choses qu'elle sent nécessaires pour une intervention appropriée. Alors qu'il est possible que des personnes non-inuit ne puissent pas intégrer et incarner l'histoire vécue par les peuples inuit, ce sentiment témoigne d'une frontière perçue entre Inuit et non-Inuit. L'intervenante se différencie donc de ce groupe de non-Inuit

dont elle parle. Pour cette intervenante, ce sont ces compétences qui sont valorisées, nécessaires et pertinentes pour pouvoir offrir des services adéquats.

Ces exemples sont représentatifs des discours des participants de différents groupes ethniques. Il est intéressant de voir comment deux individus travaillant au Nunavik, mais provenant de groupes ethniques différents perçoivent les caractéristiques ethniques et leurs avantages ou désavantages dans diverses situations. Chaque intervenant compare donc l'autre à sa propre référence ethnique.

Dans l'exemple qui suit, un enseignant inuit rapporte l'expérience de sa sœur dans le système de santé. La sœur du participant a dû accompagner son bébé pour une procédure médicale au Sud. Le participant raconte que le médecin présent dans leur communauté a alors tout de suite menacé la sœur du participant en disant qu'il allait la dénoncer à la protection de la jeunesse. Sa sœur n'avait rien fait de contraire aux demandes du médecin.

« Participant : Une fois, un médecin l'avait menacée. On n'avait pas aimé ça. Le médecin ne connaissait même pas ma sœur. Soudainement, son bébé devait partir pour un suivi. Ma sœur allait donc obligatoirement accompagner le bébé. Et là, le médecin a appelé ma sœur et a commencé à la menacer, qu'elle allait appeler la DPJ pour... si elle ne se présentait pas. Mais ma sœur se présente toujours à ses rendez-vous. Le médecin était dans la communauté depuis deux semaines. Ça, ce n'était pas bien. Je suis allée parler avec quelqu'un qui connaissait ma famille et ma sœur. Ma sœur a pu parler avec une infirmière qu'elle connaissait, elle était surprise et s'était dépêchée d'appeler quelqu'un. Un médecin en chef.

Intervieweur : Alors, quand c'est arrivé, j'imagine que vous étiez fâchés ou tristes ou comme insultés ou quelque chose ?

Participant : Oui, nous étions tous très insultés.

Intervieweur : mais vous ne l'avez pas revu par la suite ?

Participant : Non. Le médecin a appelé ma sœur pour s'excuser. Ma sœur aurait bien aimé la voir en vrai. Mais ils ne l'ont pas laissé. Je pense qu'ils avaient peur qu'elle fasse quelque chose de stupide. Ils protégeaient le médecin pour ne pas qu'elle le voie. Elle voulait juste parler. »

Cette participante met en lumière une expérience de discrimination associée à son identité ethnique où un médecin lui aurait faussement attribué des caractéristiques de négligence. Le médecin aurait donc inclus la sœur de l'enseignant dans un groupe social selon des caractéristiques de négligence associées à son identité ethnique, tout en s'excluant de ce groupe ethnique et social. À la fin du segment, l'enseignant explique que sa sœur n'a pas pu

revoir le médecin qui aurait été discriminant. À ce moment, l'enseignant a l'impression que le médecin en chef aurait fait de l'exclusion envers la sœur de l'enseignant en supposant qu'elle aurait un comportement négatif si elle rencontrait le médecin. Cette expérience est vécue et discutée comme étant un exemple de frontière entre Inuit et non-Inuit, ainsi qu'entre intervenants et patients.

Un deuxième discours **d'altérisation d'exclusion** qui a émergé des données, est « **être inuit est un avantage** ». Cette catégorie rassemble les discours où les participants nomment le fait qu'avoir des travailleurs inuit, ou qu'être un travailleur inuit, dans une organisation est un avantage.

Un exemple d'une éducatrice de garderie inuit en parlant de l'avantage d'être inuit dans les rapports avec les autres :

« C'est sûr que, comme je te disais tantôt, vu que moi je suis Inuit, je suis moins intimidante pour les autres Inuit. C'est plus facile de m'approcher et puis, oui, parce que je connais leur réalité. »

Dans cet exemple, l'éducatrice inuit nomme simplement qu'être Inuit est un facilitateur dans sa relation avec les personnes de la même identité ethnique qu'elle. En effet, elle nomme que cela lui permet de mieux comprendre leur réalité. Les personnes avec qui elle entre en relation sont alors plus à l'aise. Dans cet exemple, elle perçoit une différence entre Inuit et non-Inuit, et plus spécifiquement une différence d'expérience entre une personne non-inuit qui intervient auprès d'une personne inuit, et une personne inuit qui intervient auprès d'une personne de sa communauté. On dénote des frontières claires et on explique comment une compréhension de ces frontières et de leur impact sur l'intervention doit être comprise et respectée pour améliorer le succès d'une intervention.

D'autres participants ont un discours dans lequel ils nomment l'avantage de leurs collègues inuit par rapport à eux-mêmes, tandis que d'autres encore remercient leurs collègues inuit d'avoir été présents dans une intervention et sont conscients de leur désavantage ethnique en tant que non-Inuit.

Enfin, des discours **d'altérisation d'inclusion** ont aussi émergé des données. La catégorie « **la force dans la différence** » a émergé. Certains participants présentent des discours dans lesquels ils se différencient de manière discriminante ou non d'une personne d'une identité

ethnique différente tout en l'incluant dans un nouveau groupe social avec eux. Dans certains exemples, les compétences de la personne en question sont remises en cause. Dans d'autres exemples, c'est plutôt les compétences du groupe ethnique d'appartenance de la personne qui sont remises en question, amenant la personne à être exclue de son propre groupe d'appartenance ethnique tout en étant incluse dans le groupe social d'appartenance du participant.

Un exemple d'une éducatrice non-inuit qui décrit l'avantage de travailler en équipe avec des personnes inuit ayant de l'expérience :

« Il y avait une femme inuit plus expérimentée qui était dans notre équipe quand je suis arrivée. Elle est solide. Elle a une belle prestance et une belle approche avec les gens de la communauté. Alors moi, tsé, j'étais contente. Elle a déjà travaillé avec d'autres équipes avant. Ça fait une différence. Quand je suis arrivée, et que je travaillais avec elle, j'ai dit, donnez-moi en deux ou trois de même. »

Par ses propos, l'éducatrice non-inuit se différencie de la personne inuit avec qui elle travaille. Elle valorise ses compétences et va même jusqu'à mentionner qu'elle aimerait collaborer avec plus de personnes comme sa collègue. Toutefois, un certain glissement vers une discrimination se produit à la fin de l'extrait. L'éducatrice semble utiliser un terme possessif envers ses collègues inuit. Bien que ses intentions soient de valoriser sa collègue, une certaine discrimination se fait ressentir.

L'altérisation ethnique inclut donc des discours qui sont beaucoup plus larges qu'un simple commentaire raciste ou qu'une exclusion envers une personne d'une autre identité ethnique. Les participants ont des discours dans lesquels ils s'excluent de certains groupes sociaux, tout en s'incluant dans un autre groupe social qui entrecoupe parfois le premier groupe. Les groupes dans lesquels un participant s'inclut peuvent changer à l'intérieur même de quelques phrases. Les groupes sociaux sont fluides et changent en fonction du besoin d'identification du participant et du besoin d'appartenance qu'il cherche à avoir. Il altérise alors une personne plutôt qu'une autre en fonction d'une caractéristique relative à son identité ethnique.

Discussion

L'objectif de la présente étude était d'examiner le phénomène d'altérisation dans le système de soins de santé et de santé mentale du Nunavik. On cherchait à répondre aux questions : a) comment se manifeste l'altérisation présente entre les différents acteurs et bénéficiaires du système de soins au Nunavik? et b) quels contextes sont associés à l'émergence de ces discours d'altérisation ?

Cette analyse secondaire des entrevues réalisées dans le cadre du projet de recherche de Fraser et al. (2016) a été réalisée en sélectionnant des entrevues selon certains critères établis. Les entrevues des participants ayant le plus d'exemples de discours du phénomène à l'étude ont été sélectionnées pour l'analyse. Douze entrevues ont ainsi été choisies. Ceci a permis d'explorer la nature du phénomène en le décrivant et en le contextualisant, plutôt que d'explorer l'ampleur du phénomène. Par ailleurs, il a été jugé pertinent de choisir des participants provenant de professions et d'organisations distinctes pour étayer les contextes de l'altérisation.

Les entrevues réalisées dans le cadre du projet de Fraser et al. (2016) portaient sur la collaboration dans le contexte du travail, auprès de jeunes, plus particulièrement aux prises avec des difficultés psychosociales et de santé mentale. D'une certaine manière, les 61 participants étaient invités à parler d'un « autre », car il était question de la collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelle. Le contenu abordé lors des entrevues amenait donc les participants à se positionner à l'intérieur de réseaux d'acteurs. De cette manière le contenu des entrevues réalisées dans le cadre du projet de Fraser et al. (2016) est pertinent pour l'analyse de la présente étude.

Lors de l'analyse des douze entrevues pour la présente étude, quatre grandes familles d'altérisation ont émergé : professionnelle, individuelle, envers les systèmes et ethnique. Ces familles reflètent la présence d'identités sociales chez les participants. Les participants s'incluent et se dissocient de différents groupes sociaux, changeant parfois même de groupe social à l'intérieur de quelques phrases. L'analyse de ces discours a permis d'explorer les récits et les contextes propres à chaque « famille ». Les participants se différencient parfois d'autres individus pour mieux collaborer. D'autres fois, ils se différencient des autres sans but de collaboration.

Les contextes amenant à l'émergence du phénomène à l'étude sont nombreux. Entre autres, on rapporte une tendance chez les professionnels à travailler en silo, un manque de clarté dans les mandats des intervenants, ainsi qu'une impression de mal connaître les travailleurs qui arrivent du Sud. Par ailleurs, on souligne que le système en place, ainsi que son fonctionnement dans le Nord est difficile et que son application est complexe. Les participants ont affirmé avoir l'impression que les lois, créées pour une majorité non-Inuit vivant dans le Sud, s'appliquent difficilement au Nunavik. Enfin, en ce qui concerne l'émergence de l'altérisation ethnique, des différences perçues sur le plan des attitudes, des comportements, des valeurs, ainsi que de la ségrégation entre les Inuit et non-Inuit semblent y contribuer.

La prochaine section permettra donc d'approfondir les résultats de l'analyse. Premièrement, il a été noté que l'identité de groupe prenait une place centrale dans les discours des participants. C'est par l'utilisation de discours empreints d'altérisation que les individus s'identifiaient à un groupe. Deuxièmement, une variété de contextes influencerait la création et le maintien de ces identités de groupe. Troisièmement, les discours des participants de l'étude reflèteraient la façon dont ils naviguent ces identités. Ces identités sont parfois imposées, assimilées, ou refusées. Quatrièmement, les discours reflèteraient la diffusion et le maintien de ces identités sociales et la manière dont elles se cristallisent dans le temps. Enfin, une section sur l'impact potentiel de ces données sur la santé des Inuit sera présentée.

1. L'importance accordée aux différentes identités de groupes

Dans la présente étude, quatre familles d'identités sont ressorties des données. Ces familles d'identités révèlent un élément important de la collaboration, soit l'importance d'appartenir à un groupe social, par conséquent de bien connaître son rôle par rapport à celui des autres. L'identité professionnelle, l'identité individuelle, l'identité envers les systèmes et l'identité ethnique sont les principales identités auxquelles les participants de l'étude s'associent.

Il est à noter que dans son étude sur la construction de relations de confiance au sein des équipes-écoles d'établissements en milieu autochtone du Québec, Deschênes (2016) a aussi conclu que les individus de son étude s'affilient à des identités ou des appartenances

individuelles ou de groupes selon quatre critères principaux, soit l'ethnicité, la langue, la famille ou selon des croyances particulières. Ses résultats démontrent l'importance de l'identité dans les rapports avec l'autre et une division de l'identité. Ces résultats sont comparables aux quatre familles identitaires qui ont émergé de la présente étude.

Dans les discours des participants de cette étude-ci, l'importance accordée aux identités s'est manifestée sous forme d'altérisation. En se différenciant d'une autre personne ou d'un groupe de telle ou telle manière, des différenciations interprofessionnelles, interpersonnelles, entre les systèmes et entre les ethnies se dessinaient. C'est ainsi que ce sont formés les quatre grands thèmes qui rassemblent les différentes manifestations du phénomène. En se différenciant parfois violemment de l'autre, parfois doucement, parfois en l'incluant et parfois en l'excluant, les participants parviennent à renforcer l'importance qu'ils accordent à leur groupe social. Ils parviennent ainsi à définir qui fait partie de leur groupe social et qui n'en fait pas partie, selon les contextes.

De nombreux auteurs ayant abordé l'identité sociale abondent dans le même sens que ce qui a émergé des données. Selon les théories sur l'identité sociale, les individus aspirent à une identité qui est valorisée positivement par la société dans laquelle ils vivent. Ils cherchent donc à faire partie d'un groupe qui se différencie positivement des autres groupes (Tajfel, 1974; Tajfel et Turner, 1979). C'est par l'autre que l'on vient à se définir soi-même, c'est-à-dire que l'on tend à se définir selon qui on est, mais aussi selon ce qu'on n'est pas (Charon, 2009; Shildrick, 2000; Taylor, 1989). En prenant une identité sociale, les individus se définissent par leur vocabulaire et par les catégories qu'ils partagent avec les autres. En s'associant à un groupe, l'individu présume certains traits communs aux autres membres du (ou des) groupe auquel (auxquels) il appartient (Deaux, 2001).

De plus, à la base des théories sur la collaboration et du travail d'équipe, il y a l'idée de connaître ses propres forces et celles d'autrui, de connaître les différences entre les rôles de chacun et de respecter ces différences. Les frontières sont donc nécessaires pour se différencier de l'autre et pourraient contribuer à une meilleure collaboration (D'Amour et al., 2005; Gitlin et al., 1994; Henry et al., 1992; Liedtka et al., 1998; Miller, 1997; Paicheler, 1995; Reeves et al., 2017).

Rappelons que pour Barth (2000), le terme « frontière » est utilisé pour décrire métaphoriquement comment les concepts abstraits de catégorie, classe naturelle et type, se séparent et se démarquent les uns des autres. Ces frontières doivent être perméables entre les groupes pour que les individus puissent changer d'identité et faire partie du groupe perçu positivement par leurs pairs. Une certaine ouverture des frontières entre les groupes est donc nécessaire pour permettre aux gens de changer de groupe social ou changer de statut social (Ellemers, Knippenberg et Wilke, 1990). Cette ouverture permettrait, elle aussi, une meilleure collaboration (D'Amour et al., 2005; D'Amour et al., 1999; Ellemers et al., 1990; Henry et al., 1992; Liedtka et al., 1998; Paicheler, 1995).

Ces théories soutiennent donc ce qui a été relevé dans les discours des participants. En d'autres termes, il est complexe de reconnaître les différences des autres et de respecter celles-ci, sans tomber dans la discrimination, le racisme, la généralisation, et ce, dans un contexte où d'autres identités sociales sont formées en raison des pressions sociales, économiques, politiques ou autre. Si la reconnaissance et le respect de la différence sont nécessaires à la collaboration, ils complexifient aussi la collaboration dans un contexte où les individus ont des multiples appartenances et frontières, comme c'est le cas pour cette étude. Les différents procédés identitaires, soit l'appartenance à un groupe, les changements de groupes et le maintien d'une identité positive sont difficiles à appliquer lorsque l'on prend en compte la facilité avec laquelle il est possible d'inclure et d'exclure les individus qui nous entourent par le vocabulaire utilisé.

Les résultats suggèrent que des différences existent dans la manière même de s'affilier à un groupe. L'affiliation dépendrait du groupe duquel l'individu cherche à se distinguer. L'identité professionnelle sera présentée dans un premier temps et sera utilisée pour démontrer comment l'identité se forme et est importante pour les différents participants de l'étude. Par la suite, les différentes particularités associées à chaque groupe social seront présentées dans des sections subséquentes.

1.1 L'identité professionnelle

Tout d'abord, les participants de la présente étude s'identifient clairement à leurs professions et la baie où ils travaillent. Les questions des entrevues étant orientées vers la

collaboration interprofessionnelle, il est normal que ce sujet ait été au cœur des discours. Toutefois, les exemples d'altérisation relevés à l'intérieur de ce thème ont révélé de la frustration, du mépris, voire de l'austérité envers certaines professions et un besoin très présent de se différencier de celles-ci.

Dans un contexte professionnel, les gestionnaires devraient avoir un rôle de guide, en adaptant les règles pour s'assurer d'une collaboration (D'Amour et al., 1999). Ici, les professionnels tentent plutôt de se différencier de leurs gestionnaires pour ne pas être inclus dans leur groupe et ainsi, ne pas se voir attribuer leurs caractéristiques ou leurs décisions. Cela porte à croire que les professionnels ne sont pas d'accords avec certaines décisions que prennent leurs gestionnaires et cherchent ainsi à s'en dissocier. Une autre hypothèse est que les gestionnaires étant moins en contact avec ce qui se passe sur le terrain pourraient être moins inclus dans la communauté. Ce serait alors nuisible pour les professionnels travaillant sur le terrain de s'associer à leurs gestionnaires respectifs. L'altérisation en contexte de travail a déjà été relevée dans d'autres études comme servant à se différencier d'un gestionnaire pour mieux pouvoir maintenir une identité professionnelle positive (Davies, 2003). Toutefois, ce même auteur note qu'une telle pratique nuit à la collaboration et à une culture organisationnelle saine (Davies, Nutley et Mannion, 2000).

De surcroît, des perceptions négatives des travailleurs de la protection de la jeunesse ont été relevées dans les discours des participants. Ceux-ci vont même jusqu'à dire que cette opinion négative est répandue dans la communauté. En effet, les participants ont l'impression que les services de la protection de la jeunesse sont perçus négativement par les membres de la communauté et que les travailleurs veulent s'en dissocier le plus possible. Certains des participants de la présente étude, travaillant eux-mêmes pour la protection de la jeunesse, adoptent des discours dans lesquels ils tentent de se distancier de leur propre groupe d'appartenance professionnel. Ils pourraient ainsi maintenir une identité positive vis-à-vis des membres de leurs communautés.

Certains participants ont aussi exprimé du mépris envers d'autres professions en altérant de manière exclusive et négative des groupes d'individus. Il serait possible d'expliquer ces exclusions par le fait que les participants utilisent un discours dans lequel l'autre sera vu comme manquant d'une compétence professionnelle quelconque pour arriver à atteindre une

identité sociale positive. On peut donc penser que dans ces contextes, la collaboration et le travail d'équipe sont complexes. Un manque de confiance réciproque semble planer au sein des services de santé et de santé mentale.

Selon D'Amour et al. (1999) il est important pour les professionnels et les gestionnaires de s'investir et d'accompagner leurs pairs et leurs employés vers une meilleure collaboration. En demandant aux intervenants de collaborer sans leur laisser le temps de bien comprendre les aspects importants pour permettre une collaboration, ceux-ci se perdront dans des luttes de pouvoir interprofessionnelles (D'Amour et al., 1999). À la base de la collaboration, il y a aussi la notion de respect des différences de l'autre. Sans ce respect, la collaboration sera difficile, voire impossible (D'Amour et al., 2005).

Les résultats de D'Amour et al. (1999) sont cohérents avec ceux de la présente étude. En plus de s'identifier à un groupe professionnel quelconque, les participants semblent chercher à défendre leurs compétences professionnelles plutôt qu'à trouver des points de similarité avec leurs collègues pour travailler en collaboration. Selon D'Amour et al. (1999), la logique de la professionnalisation et la logique de la collaboration sont en compétition l'une avec l'autre. Les professionnels tendent à travailler en silo et à maintenir des frontières rigides entre les professions. On attend des professionnels une collaboration, tout en les formant pour défendre leurs professions et leurs mandats sans leur enseigner les étapes subséquentes de la collaboration, soit l'organisation du travail pour que la complémentarité des forces de chacun puisse être renforcée (Gitlin et al., 1994).

1.2 L'identité individuelle

Les participants se décrivent aussi selon des caractéristiques personnelles qui vont au-delà de leur profession. Une hypothèse qui est mise de l'avant à ce moment est que sur le plan personnel, les participants de la présente étude altérissent leurs collègues, amis, voisins, ou les nouveaux ou anciens non-Inuit de la communauté pour mieux comprendre les comportements appropriés à avoir lorsqu'ils seront en groupe d'amis, en temps de famille ou seul. L'altérisation pourrait donc être considéré comme un mécanisme de protection pour ne pas être exclu d'un groupe auquel ils souhaitent appartenir. Pour certains, cette altérisation est un mécanisme de protection nécessaire dans un contexte de perte d'identité collective, soit l'identité inuit, en

résonance à une histoire récente de colonisation. Comme le mentionne Van Wormer (2017), plus un groupe social se sent menacé dans son identité, plus il aura tendance à vouloir promouvoir son identité, parfois en discriminant d'autres individus. En comprenant les règles du groupe et en excluant les autres du groupe, ils s'assureraient donc d'avoir un groupe homogène.

1.3 L'identité envers les systèmes

De nombreux participants se différencient du système en place dans leur communauté et avec lequel ils sont amenés à travailler. C'est en se différenciant, par exemple, d'un système que l'on juge comme ayant des lacunes qu'on peut continuer à y travailler sans se sentir constamment coupable ou responsable de ses failles (Lemay, 2011). Cette réaction peut paraître de prime à bord négative ou nuisible au système. Toutefois, vu sous cet angle, il est possible de considérer le fait de se différencier d'un système comme une action plutôt saine et productive, permettant aux travailleurs de poursuivre leur engagement professionnel au sein d'une structure ou d'une organisation. Ceci est d'ailleurs un mécanisme de défense associé à la culpabilité d'être blanc (Lemay, 2011; Steele, 1990).

1.4 L'identité ethnique

À première vue, soit les participants s'associent au groupe des Inuit, soit ils s'identifient au groupe des non-Inuit. Toutefois, bien que, dans de nombreux cas, les participants s'identifient clairement à une ethnie, certains ont aussi mentionné une différenciation de leur propre groupe ethnique. Dans ces cas, les participants s'excluent de leur propre groupe ethnique, ce qui amène la question de l'importance du groupe ethnique d'appartenance et de la réelle possibilité de s'en dissocier.

Si l'on prend en considération les nombreuses expériences négatives, de racisme, ainsi que les différents événements historiques traumatisants vécus par les Inuit (voir p. 21) (Stevenson, 2009, 2012, 2014), il est possible que les généralisations et les discriminations présentes dans les discours des participants inuit, marquant l'altérisation, leur servent à se dissocier des personnes qu'ils considèrent comme faisant partie du groupe leur ayant causés du mal. Une personne non-inuit pourrait aussi vouloir se dissocier de cette image en altérant d'autres non-Inuit par exemple.

L'intensité des altérisations d'exclusion et d'inclusion permet d'observer la présence ou l'absence de violence qui amène les participants à se différencier plus ou moins fortement d'un groupe ethnique. Dans leur étude, Wohl et Branscombe (2005) examinent l'influence de la catégorisation sur les membres d'un groupe opprimés lorsqu'ils sont en contact avec les membres d'un groupe oppresseur. La catégorisation entraînait de la frustration chez le groupe catégorisé et participait au maintien de stéréotypes dans le temps (Wohl et Branscombe, 2005). La catégorisation d'un individu dans le groupe large des individus non-inuit l'amènerait donc à se faire attribuer des caractéristiques qui ne lui sont pas individuellement propres, mais qui sont plutôt dues aux erreurs des autres individus appartenant à son groupe ethnique. Chez les participants de la présente étude, cette tendance à attribuer les caractéristiques des individus non-inuit à tous les individus non-inuit pourrait perpétuer des pensées et des stéréotypes qui ne seraient pas présents si les individus considéraient plutôt les individus en dehors de leur groupe ethnique.

Van Wormer (2017) stipule que généralement l'identité ethnique des groupes dominés est plus forte que l'identité ethnique des groupes dominants. Toutefois, lorsque les groupes ethniques dominants se retrouvent à être en minorité, comme c'est le cas pour les non-Inuit au Nunavik, l'identité ethnique de ceux-ci prend une place beaucoup plus grande. Bref, ceci pourrait être une hypothèse expliquant l'identification forte à une identité ethnique chez les participants du Nunavik, et ce, autant chez les Inuit que les non-Inuit.

De surcroît, de l'altérisation d'inclusion par laquelle les participants se différencient ethniquement des autres tout en appréciant les compétences de ceux-ci concorde avec les notions que Canales (2000) présente dans son étude. C'est en effet en voyant la force dans les différences qu'il est possible de mieux collaborer. La différence s'avère alors être un outil pour connecter et se voir comme des alliés plutôt que comme des compétiteurs (Canales, 2000).

Certains exemples relevés dans les discours des participants portent toutefois à réfléchir sur cette idée d'inclusion et l'importance des mots. Dans certains cas, les mots « notre Inuit » ou « donnez-moi en deux ou trois de même » ont été prononcés par les participants. Par ces discours, les interlocuteurs pensaient peut-être se différencier des personnes inuit pour distinguer les compétences de chacun. Toutefois, bien qu'il soit possible que l'intention ait été de valoriser les qualités des personnes inuit en question, un certain glissement vers une

discrimination, voire, une certaine possession de la personne en question, a été relevé. Ainsi, même si l'interlocuteur voulait mettre en valeur les qualités d'un collègue et pensait dire quelque chose de normal, voire positif, les mots choisis semblent refléter une tout autre idée. Il serait donc important de prendre conscience de l'impact des mots sur le message véhiculé.

1.5 Altérer pour mieux s'identifier

Le quotidien des acteurs du système de soins de santé et de santé mentale du Nunavik est constamment ponctué de défis, de réussites, de relations positives et de relations plus tendues. Minh-Ha (1997) énonce que l'humain est toujours à la fois *insider* et *outsider* : la position de l'individu variant selon l'identité à laquelle une personne se réfère et à laquelle il se compare. Les identités des participants de la présente étude sont donc multiples et se définissent à travers les rencontres, les situations de collaboration, le quotidien, ainsi que les contextes spécifiques qu'ils vivent et qu'ils traversent. En se définissant par rapport aux autres, ils se protègent et en même temps, ils protègent leurs raisons d'être au Nunavik. Ils font parfois partie d'un groupe, parfois de plusieurs groupes à la fois et se retrouvent alors à la fois à l'intérieur et à l'extérieur de groupes sociaux.

L'identité sociale émergerait donc dans des contextes sociaux. Ces contextes amèneraient de l'altérisation et une rigidification des frontières des groupes. Bien que ce phénomène ne soit pas un concept qui est spécifique au Nunavik, certains contextes particuliers ou présents au Nunavik en influenceraient l'émergence.

2. Des facteurs contextuels influencent la création et le maintien des identités

De nombreux facteurs contextuels ont été relevés par les participants dans leur discours. Ces derniers se définissent comme des éléments qui mettent de la distance entre les individus, agrandissent le fossé entre des individus et des groupes et donc, amènent les participants à altérer. Les facteurs contextuels présents dans les discours des participants influencent l'association à une identité. Ces facteurs se regroupent de la manière suivante :

- La certification et la professionnalisation des domaines de la santé et de la santé mentale

- Les tensions présentes entre les acteurs du système de soins
- Le contexte socioéconomique
- La discrimination, les préjugés et le renforcement de stéréotypes vécus par les individus
- Les problèmes organisationnels (rôles, mandats, description de tâches, priorités), les lois et les réglementations (confidentialité, protection de la jeunesse)

Ces facteurs ont pour la plupart été nommés comme influençant potentiellement l'émergence du phénomène à l'étude dans l'introduction. Certains de ces contextes hypothétiques s'avèrent être présents dans les discours des participants.

2.1 La certification et la professionnalisation des domaines de la santé et de la santé mentale

La professionnalisation des domaines de la santé a été relevée dans les discours des participants comme nuisant aux relations interindividuelles. Lorsque ce phénomène est présent, les professionnels tendent à définir et institutionnaliser les frontières de leurs professions (Larson, 1979) ce qui entre en conflit avec la logique de collaboration (D'Amour et al., 1999). Certains participants ont rapporté que ceci amène les jeunes à être moins motivés à poursuivre leurs études, éloigne les bénéficiaires des donneurs de soins et amène certains employés à se déresponsabiliser, ainsi qu'à se désengager face à leurs emplois. D'autres participants inuit ont rapporté avoir été traités avec condescendance par un médecin non-inuit lors de son passage dans leur village sans en avoir reçu d'explications. Enfin, un participant inuit proposait d'informer davantage les familles lorsque la DPJ s'implique dans la situation de vie d'un enfant et de garder les enfants dans leur communauté familiale ou d'appartenance. Ces exemples portent à croire que la relation thérapeutique est plutôt conduite et vécue par un individu expert envers un bénéficiaire. Une hypothèse émerge alors selon laquelle le bénéficiaire semble être perçu par le donneur de soins en question comme une personne qui ne peut pas comprendre la décision prise par ce dernier. Le bénéficiaire sera alors jugé comme inapte à changer ses comportements problématiques. Ainsi, il est possible de croire que la professionnalisation des emplois dans le domaine de la santé et des services sociaux amènerait à la fois de la distance entre les différents employés du réseau du Nunavik et de la distance entre les bénéficiaires et les donneurs de soins. Sans dire qu'il serait mieux de ne pas professionnaliser les emplois, il

serait peut-être possible d'ouvrir certaines frontières pour réduire ces distances entre les bénéficiaires et les donneurs de soins.

Ceci concorde avec ce que certains auteurs ont observé concernant la professionnalisation. En effet, selon D'Amour et al. (1999) et Larson (1979), les professionnels ont tendance à prioriser les besoins de leurs professions, à maintenir leur autonomie, et à institutionnaliser les frontières de celles-ci contre les autres professions. Comme mentionné dans l'introduction, la logique de la professionnalisation se retrouve donc en compétition avec la logique de la collaboration. Cette professionnalisation des domaines de la santé et de la santé mentale participe alors à l'émergence d'altérisation de la part des professionnels envers les travailleurs qui ne sont pas des professionnels et envers les bénéficiaires. Leur rôle d'expert pourrait alors être valorisé au détriment de la relation avec les bénéficiaires qui ne sont alors plus considérés comme les experts de leurs propres situations (D'Amour et al., 1999). Il serait alors nécessaire de travailler à ouvrir les frontières des professions pour permettre un meilleur dialogue avec les intervenants non professionnels et les bénéficiaires.

Lessard et Bergeron (2009) suggèrent un « renforcement du pouvoir d'agir » (*empowerment*) pour répondre à cette lacune du système de soins. Cette stratégie est connue comme un facteur de protection important de la santé mentale dans un contexte autochtone (Aguiar et Halseth, 2015; Loppie Reading et Wien, 2009; Reading, 2013). Par ailleurs, dans un contexte de relation d'aide :

« Lorsque la personne en manifeste le besoin et que les ressources sont disponibles, il est parfois préférable que des ressources autochtones assurent le rôle d'intervenant principal et que l'intervenant allochtone assure un soutien professionnel. Ainsi, en plus de surmonter les obstacles linguistiques et culturels, cette pratique consolide l'autonomie des autochtones et favorise leur bien-être collectif. » (Lessard et Bergeron, 2009, p. 2)

Bien que cette proposition soit intéressante, elle est encore difficilement applicable dans le contexte professionnel actuel qui demande de plus en plus de certification. En effet, cela prend de trois à 10 ans d'études postsecondaires au minimum pour être infirmière, psychoéducateur, médecin ou éducateur spécialisé (Gouvernement du Québec, 2018a). Si l'on considère qu'un étudiant inuit doit quitter son domicile, déménager dans une grande ville, où personne ne parle sa langue maternelle, pour étudier pendant un minimum de trois ans loin de sa famille et de ses amis, cela rend les études assez laborieuses. La professionnalisation des domaines de la santé et

des services sociaux, par les certifications demandées par le système présent au Québec actuellement, désavantagerait donc considérablement les personnes inuit et diminue leur chance d'atteindre des niveaux de scolarité postsecondaires.

Certaines démarches ont été entreprises par les gouvernements canadien et québécois pour soutenir la scolarisation des personnes autochtones, incluant les Inuit, ainsi qu'un jumelage entre une personne autochtone et une personne non autochtone dans le domaine de l'intervention (Gouvernement du Canada, 2017). En effet, une commission est en place pour mieux comprendre les enjeux associés à la scolarité des personnes autochtones du Canada et de l'argent a été injecté pour permettre de créer des formations et des certifications (Gouvernement du Canada, 2017).

2.2 Les conflits individuels et de personnalité

La présente étude est une analyse secondaire de l'étude en question de Fraser et al. (2016). Fraser et al. (2016) énoncent que certains participants de leur étude ont une vision très « intégrative » de la collaboration, mais que lorsqu'il est temps de s'asseoir autour de la même table et d'appliquer ce principe, les tensions peuvent augmenter et nuire à la collaboration. Fraser et al. (2016) nomment aussi que les tensions décrites sont associées à une variété de difficultés telles que des différences de point de vue sur ce qu'il est nécessaire de faire dans une situation donnée, des conflits concernant les rôles et mandats des différents services, des « clashes » de personnalités, des rapports de pouvoir [*power differentials*] associés au statut, et les perceptions des besoins des patients, de l'ethnie et du langage. Enfin, ces auteurs rapportent que lorsque les participants se retrouvaient assis autour de la même table les tensions pouvaient s'intensifier et mener à une escalade et la contamination de difficultés interpersonnelles, à une perte de confiance et à des ruptures dans les communications (Fraser et al., 2016). Lemay (2011) avait aussi relevé les conflits personnels comme étant un facteur contribuant à la protection de l'image de soi. Ceci est donc similaire à ce que les participants de la présente étude tentent de faire en voulant maintenir une identité positive. Lorsque la cause du conflit peut être mise sur un conflit de personnalités, il pourrait être plus facile de se dissocier de l'autre que de porter le fardeau.

Dans les entrevues des participants de la présente étude, certaines de ces mêmes tensions ont été relevées et rapportées. Les tensions nommées par Fraser et al. (2016) seraient donc aussi des facteurs contextuels contribuant à l'émergence des discours d'altérisation.

2.3 Le contexte socioéconomique

Le contexte socioéconomique particulier aux systèmes de soins au Nunavik semble aussi avoir contribué à l'émergence du phénomène à l'étude. En effet, l'éloignement géographique, le roulement du personnel, les disparités salariales, les vacances non remplacées, le manque de ressources matérielles, l'absentéisme et le manque de ressources humaines, le manque d'activités dans les communautés et les difficultés de gestion des communautés ont été rapportés par les participants. Tous ces facteurs socioéconomiques pourraient contribuer à augmenter la distance entre les professionnels et à créer des frustrations. En effet, Guinard et al. (2012) ont aussi relevé certains de ces facteurs dans leur étude sur les critères de qualité des services sociaux et de santé vécus par les Inuit de la baie d'Hudson. Ces auteurs rapportent que le nombre réduit de travailleurs, la surcharge de travail et le contexte de crise continue, le manque de ressources, ainsi que le roulement du personnel amènent des changements constants. Ces facteurs entraînent aussi une instabilité chez les intervenants présents (Guinard et al., 2012).

Par ailleurs, Deschênes (2016) rapporte que certains facteurs socioéconomiques, tels que l'éloignement géographique et les difficultés de gestion, peuvent influencer négativement la construction de relation de confiance au sein d'équipe-école dans des établissements en milieu autochtone du Québec. Ceci fait penser à ce qui se déroule dans la présente étude. En ayant de moins bonnes relations de confiance, les participants seraient amenés à vouloir plus se dissocier d'autres individus.

2.4 La discrimination, les préjugés et le renforcement de stéréotypes vécus par les individus

La discrimination associée à des préjugés et à des stéréotypes serait non seulement une démonstration d'altérisation, mais carrément un contexte qui fait émerger de nouvelles altérisations. En effet, les participants inuit et non-inuit ont rapporté des préjugés à l'égard des nouveaux employés arrivants au Nunavik, de nombreuses généralisations, parfois discriminantes, parfois non discriminantes, ainsi que des préjugés stéréotypés sur l'identité

ethnique des individus inuit et non-inuit. Ces perceptions sociales qui semblent omniprésentes obligent un certain positionnement face à l'altérisation d'autrui. Elles deviennent donc des facteurs contribuant à l'émergence d'altérisation, à l'augmentation de la catégorisation entre les individus, à la protection de l'image de soi à une réduction de la collaboration et à une détérioration des soins offerts (Allan et Smylie, 2015; Charest, 2013; Denison et al., 2014; Fraser et Nadeau, 2015; Johnson et al., 2004; Lemay, 2011; Lissant et de Leeuw, 2014; Loppie Reading et Wien, 2009; Reading, 2013; Rix, Barclay et Wilson, 2014; Steele, 1990; Swim et Miller, 1999; Tang et Browne, 2008).

Lorsqu'il est question des non-Inuit, ceux-ci ont aussi de nombreux préjugés discriminants, ou non, envers les Inuit. Les participants ont rapporté des généralisations telles que l'absentéisme et le retard au travail et dans la réception des soins, les difficultés de communication, l'alcoolisme, la négligence, le manque de compétences parentales et le manque de motivation pour le changement. De nombreux auteurs ont nommé la présence de généralisations discriminantes et de racisme dans le système de soins de santé au Canada (Allan et Smylie, 2015; Henry, Rees et Tator, 2010; Lissant et de Leeuw, 2014; Reading, 2013).

De nombreux préjugés envers les non-Inuit ont aussi été nommés par des participants non-inuit. Certains participants non-inuit travaillent au Nord depuis de nombreuses années et ont des préjugés concernant les nouveaux arrivants ou les autres travailleurs. D'autres discriminent certains individus non-inuit en leur attribuant des caractéristiques négatives et en se dissociant de ceux-ci.

Dans son étude portant sur les représentations personnelles des intervenants sociaux allochtones, Lemay (2011) note que certains travailleurs ont une représentation positive d'eux-mêmes. Dans ces cas particuliers, l'altérisation semble être utilisée comme stratégie de collaboration avec les Inuit pour marquer « l'appartenance » :

« Pour être capable de trouver légitime le fait d'exercer une profession de laquelle ils sont pour la plupart assez critiques, c'est qu'ils ont une manière de se percevoir qui diffère de la manière dont ils perçoivent leurs collègues et la nature oppressive de leur profession. Les intervenants semblent alors éprouver le besoin de se distancer des paradigmes dominants de la profession. Être marginal devient donc quelque chose de nécessaire lorsque l'on incarne la figure que l'on critique, et que les Autochtones critiquent. Par conséquent, cette marginalité permet à ces intervenants de faire du sens avec ce qu'ils sont professionnellement, en plus de leur permettre d'établir des relations

privilégiées avec les Premières Nations et les Inuits. » (Lemay, 2011, p. 105).

La manière dont certains participants non-inuit de la présente étude se différencient d'autres individus non-inuit semble être portée par un contexte de protection de sa propre personne. En se différenciant des autres non-Inuit, ils ouvrent peut-être la porte vers une meilleure collaboration avec des personnes inuit. Cette différenciation peut aussi être amenée par la culpabilité des blancs [*white guilt*], un facteur contextuel qui peut motiver l'altérisation, mais aussi la collaboration et l'inclusion. Ce sentiment peut amener les non-Inuit à vouloir se dissocier des autres non-Inuit avec lesquels ils ne sont pas d'accord, ou les motiver à faire des changements par culpabilité face au passé colonial de leurs ancêtres (Swim et Miller, 1999). Par conséquent, la culpabilité des blancs amène certaines personnes à juger leurs homologues plus négativement lorsqu'ils observent des comportements qu'ils jugent colonialistes. Cela pourrait augmenter la distance entre les travailleurs allochtones.

Une altérisation d'inclusion envers les Inuit de la part des participants non-inuit pourrait aussi avoir été motivée par la culpabilité de blancs. Une conséquence positive de cette culpabilité est que les personnes qui ressentent cette culpabilité sont plus favorables aux politiques de changement pour réduire les privilèges des blancs (Steele, 1990). Ainsi, ces personnes se différencieront peut-être des personnes inuit, mais dans un but de collaboration et de réduction de l'écart de privilèges.

Bref, ce qui est ressorti comme contexte de discrimination des données est congruent avec ce qui est présent dans la littérature concernant les préjugés et les généralisations.

2.5 Les problèmes organisationnels, les lois et les réglementations

Du côté de l'organisation des services, certains facteurs semblent aussi avoir contribué à l'émergence de discours d'altérisation. Tout d'abord, les problèmes organisationnels relevés par les participants incluent un manque de congruence entre les organisations ainsi qu'un manque de clarté dans les rôles, les mandats, les descriptions de tâches et les priorités.

Tout d'abord, sans une intégration des services, comme proposée par Contandriopoulos et al. (2001) et Fleury et al. (2004) les participants et les acteurs du Nunavik se retrouvent à être en conflit de loyauté et d'identité entre les différentes organisations. Rappelons la définition que Contandriopoulos et al. (2001) proposent de l'intégration des services. Ce dernier définit ce

principe comme « le processus qui consiste à créer et à maintenir, au cours du temps, une gouverne commune entre des acteurs (et des organisations) autonomes dans le but de coordonner leurs interdépendances pour leur permettre de coopérer à la réalisation d'un projet collectif » (Contandriopoulos et al., 2001, p. 41). Ceci ne serait pas présent au Nunavik. Les participants, malgré qu'ils soient réunis pour la réussite d'un projet collectif, soit l'amélioration de la santé et du bien-être des personnes inuit, ne sont pas tous dirigés par les mêmes organisations. Ceci rend la tâche difficile et les affiliations à certaines organisations plus que d'autres plus propices.

De surcroît, Lessard et al. (2008) énoncent qu'une instabilité des ressources, un manque de structure organisationnelle, un manque de ressources communautaires et un manque de connaissances du rôle de ses pairs peuvent nuire à la collaboration. L'altérisation pourrait donc être le mécanisme par lequel ces facteurs nuisent à la collaboration.

Par ailleurs, les lois et les réglementations en place au Nunavik proviennent souvent des réglementations du Québec ou du Canada. Par exemple, lorsque la protection de la jeunesse intervient dans une situation, c'est par la loi sur la protection de la jeunesse qu'elle peut agir (Gouvernement du Québec, 2018b). D'Amour (1998) rapporte que les règles institutionnelles en place sont « porteuses d'enjeux de pouvoir qui freinent la collaboration interprofessionnelle » (p.87). Il serait donc possible de croire que les règles en places participent à l'émergence du phénomène à l'étude. Une hypothèse qui pourrait être mise de l'avant serait même qu'elles véhiculent un message d'une autorité du Sud, incarnant donc une posture colonialiste, qui est loin de la réalité du Nunavik et qui ne fait plus partie intégrante de la culture des non-Inuit travaillant au Nunavik. Les participants ont rapporté à de nombreuses reprises les défis que posent ces différentes réglementations dans leur quotidien professionnel et personnel. Ceci les amènerait à altériser.

De plus, les travailleurs de la DPJ sont tenus de maintenir la confidentialité lorsqu'il est question de la situation d'un jeune qu'ils suivent. Cette loi de la protection de la jeunesse, ainsi que la clause de confidentialité qui s'y rattache sont deux éléments qui ont été mentionnés par les participants de la présente étude comme posant problème dans leur relation avec les autres. En effet, certains nomment que la confidentialité peut entraîner des tensions dans les relations de travail tel qu'une difficulté à collaborer par manque d'informations et par manque de partage d'informations sur l'individu en question. Ce contexte particulier au Nord va dans le même sens

que ce que Fraser et al. (2016) rapportaient dans l'étude principale sur la collaboration. En effet, ces réglementations, difficilement applicables, nuisent à la collaboration par les tensions qu'elles créent entre les partenaires.

En ce qui concerne l'organisation générale des services au Nunavik, Davies et al. (2000) proposent qu'une certaine flexibilité soit nécessaire et même obligatoire dans un environnement où les crises sont nombreuses et les travailleurs se retrouvent dans des situations exigeantes. Sans cette flexibilité, les travailleurs pourraient se retrouver dans une impasse entre la collaboration et les respects de la structure organisationnelle.

2.6 Quoi comprendre de ces contextes

Les contextes relevés dans les discours des participants et appuyés par la littérature démontrent l'influence importante que le contexte peut avoir sur l'identité sociale, l'émergence de discours d'altérisation, les relations entre les individus et la collaboration. Encore une fois, il est possible de croire que les individus cherchent à maintenir une identité positive. Toutefois, le contexte ne le permet pas toujours sans avoir recours à l'altérisation pour maintenir cette identité.

Les participants s'identifient à des groupes sociaux de manières changeantes en fonction des contextes présents dans l'environnement du Nunavik. Ils sont donc amenés à naviguer ses identités multiples à travers différents mécanismes. Ces identités leur sont parfois imposées par d'autres, parfois ils sont assimilés par les participants eux-mêmes et parfois encore ceux-ci les refusent. Ces deux dernières suppositions seront davantage développées dans les prochaines sections.

3. Les participants naviguent entre plusieurs identités

Les sections précédentes ont permis de comprendre un peu plus en quoi consiste l'altérisation présente dans les discours des participants et les contextes qui participent à la faire émerger. La prochaine section permettra de mieux comprendre la navigation des participants à travers les différentes identités. En d'autres mots, il est possible à ce moment-ci de l'analyse d'énoncer que l'altérisation présente dans les discours des participants de l'étude servirait à se

dissocier des autres pour maintenir une identité positive et collaborer ou non avec les autres. Les participants rapportent parfois leur propre identité ou groupe d'appartenance, parfois ce sont eux qui placent une autre personne à l'intérieur d'un groupe et d'autres fois les participants ou les personnes à qui ils font référence refusent l'identité qui leur est donnée. Les participants se promènent donc entre différentes identités qui sont parfois assimilées, parfois imposées et parfois refusées. Ainsi, les discours des participants révèlent une danse identitaire dans laquelle ils se définissent et se redéfinissent en s'associant à tel ou tel groupe social en fonction du contexte.

Cette tendance à avoir une identité changeante, dans un contexte particulier, a aussi été remarquée par Adams et Marshall (1996). Ceux-ci rapportent que l'identité va au-delà d'une simple appartenance plus ou moins forte à certains groupes. L'identité sociale serait en constante évolution dans un processus continu qui pourrait être modifié par de l'identification et de l'imitation, la connaissance de soi, et l'écart entre le soi réel et le soi idéal (Adams et Marshall, 1996). Bien que les participants s'identifient au moment de l'entrevue à certaines identités plutôt que d'autres, celles-ci seront modifiées dans le temps. Les différents processus selon lesquels les participants assimilent, imposent ou refusent des identités seront maintenant exposés.

3.1 Identités assimilées

Assez souvent dans les verbatim recueillis dans la présente étude, les participants s'incluent eux-mêmes dans un groupe en utilisant les pronoms « nous », « on » ou « je » pour s'y inclure. Il est possible de donner comme exemples, une enseignante qui parle au « nous » lorsqu'elle réfère à l'établissement scolaire où elle travaille, un travailleur de la protection de la jeunesse qui parle au « on » lorsqu'il réfère aux personnes inuit, une directrice des services qui parle au « nous » lorsqu'elle fait référence aux personnes qui habitent le Nord depuis plus de 20 ans ou une mère de famille qui parle au « nous » lorsqu'elle fait référence au parent inuit ayant, selon elle, de bonnes pratiques parentales. En effet, c'est par le discours qu'utilisent les participants qu'il est possible de comprendre dans quels groupes ils s'incluent.

L'environnement dans lequel ils se trouvent amènera les participants à s'inclure dans tel ou tel groupe. Par exemple, une enseignante qui se fait engager pour travailler dans une école primaire à Puvirnituq s'inclura dans le groupe social des enseignants. Elle a aussi choisi

d'intégrer une profession qui concorde avec ses valeurs et son identité. Ainsi, son choix de profession renforce son identité professionnelle et son poste d'enseignante au sein de la communauté le renforce aussi. Deaux (2001) énonce que les individus choisissent souvent leur identité selon des indices situationnels qui les amèneront à assimiler une identité plutôt qu'une autre. Par exemple, un amateur de lecture trouvera rapidement une bibliothèque et un activiste politique trouvera rapidement une manifestation à laquelle il pourra participer. Les individus ont tendance à choisir des environnements qui favorisent l'identité dans laquelle leur fonctionnement est optimisé (Deaux, 2001).

En ce qui concerne les participants de l'étude, ceux qui sont allés au Nunavik y sont allés pour travailler dans la profession à laquelle ils appartiennent déjà et dans laquelle ils travaillaient au Sud. Les directeurs de services y sont pour avoir un poste de direction, car c'est celui dans lequel ils se sentent compétents et qu'ils ont choisi. Le parent qui se sent adéquat et qui s'inclut dans le groupe des parents sains plutôt que dans le groupe des parents inadéquats a choisi de s'inclure dans ce groupe. Ainsi, il se reconnaît, se sent à l'aise et se sent valorisé. Bref, l'identité sociale peut donc être assimilée à la fois par le choix des individus et par la valorisation qu'ils ressentent à l'intérieur d'un groupe.

Par ailleurs, certains participants, comme les parents inuit ayant été discriminés par un médecin non-inuit à l'égard de leurs capacités parentales, se sentaient menacés et se sont identifiés plus fortement à une identité en refusant l'identité imposée. Dans ce cas, ils se sont reconnus dans l'identité des parents sains. Comme l'énonce Deaux (2001), même si le but est de trouver un environnement dans lequel l'identité de l'individu est favorisée, certaines circonstances comme la stigmatisation ou des menaces à l'identité peuvent amener une personne à chercher activement à assimiler une identité. Dans le cas des parents inuit présentés ci-haut, la stigmatisation, donc la menace qu'ils ont reçue envers leur identité ethnique, les a conduits à vouloir clarifier la situation et réitérer leur identité sans que celle-ci soit associée aux préjugés négatifs du médecin.

Par ailleurs, dans un contexte où les individus présents dans les communautés, les organisations et les postes changent souvent à cause des hauts taux de roulement, des difficultés de gestion et des nombreuses vacances, les gens cherchent à assimiler rapidement une identité. Hogg et Grieve (1999) ont aussi relevé ce phénomène dans leur étude sur le rôle que peut jouer

un contexte d'incertitude sur la définition de l'identité sociale. Ces auteurs rapportent que lorsque des individus d'un groupe isolé se retrouvent dans un contexte instable rempli d'incertitudes, il y a une plus grande présence d'identification sociale. Celle-ci s'observe à travers les discours catégorisant et le regroupement d'individus entre eux. Ainsi, lorsqu'il y a un contexte d'incertitude les participants s'autocatégorisent davantage. Dans le cas de la présente étude, cette hypothèse pourrait donc être plausible et expliquer le mécanisme en cause.

Bref, c'est par ces mécanismes que l'identité serait assimilée par les participants. Adams et Marshall (1996) notaient qu'un des principes de bases de l'identité est qu'elle peut être choisie (ou assimilée) ou assignée (imposée). Lorsqu'elle est imposée, cela semblerait passer par d'autres mécanismes.

3.2 Identités imposées

Les participants de l'étude ont parfois imposé des identités à d'autres individus et se sont parfois eux-mêmes fait imposer des identités. En effet, si l'on prend comme exemple une participante non-inuit vivant dans le Nord depuis plusieurs années, celle-ci impose aux nouveaux arrivants de faire partie du groupe des nouveaux arrivants en leur attribuant toutes les caractéristiques qui accompagnent cette identité. Si l'on prend comme exemple une intervenante en éducation spécialisée non-inuit, celle-ci impose une identité aux personnes inuit qu'elle considère comme possédant certaines compétences qu'elle valorise contrairement à d'autres personnes inuit. Enfin, si l'on prend l'exemple de l'intervenante inuit qui cherche à se dissocier de la protection de la jeunesse, celle-ci impose une identité négative aux personnes ayant choisi de travailler pour cette organisation. Bref, certains participants imposent donc des identités à d'autres individus, comme le soulignaient Adams et Marshall (1996).

Encore une fois, c'est par, et à travers le discours que l'on peut relever quelles identités sont imposées. Deaux (2001) explique que lorsque des individus commentent sur l'identité d'un individu, cela participe à lui imposer une identité. Selon elle, ceci concernerait davantage les propos concernant des perceptions saillantes sur l'identité de l'individu, comme l'âge, le genre ou l'ethnicité (Deaux, 2001). Ceci semble aller dans le même sens que ce qui a été relevé dans les discours des participants. Ceux-ci imposent et se font parfois imposer des identités par le discours de leurs pairs qui met en acte une réalité qui est préformée.

Par ailleurs, il existe des choix réduits de groupes sociaux auxquels un individu peut s'inclure. Comme l'énonce Baumeister (1986), certains contextes sociétaux peuvent amener les individus à se voir imposer la plupart du temps leur identité. Ainsi, le contexte du choix restreint d'individu avec qui les participants peuvent s'identifier peut aussi les amener à se faire imposer une identité.

Bref, les identités peuvent être imposées par les participants eux-mêmes ou par d'autres individus de leur environnement. Ces identités peuvent les amener à mieux s'intégrer à un système ou, possiblement, à intégrer un système pour mieux le combattre.

3.3 Identités refusées

Enfin, les identités peuvent aussi être refusées lorsque quelqu'un tente de l'imposer à un participant. Un premier exemple est celui d'une intervenante sociale inuit qui refuse que l'on pense qu'elle fait partie de la protection de la jeunesse. Celle-ci conteste donc l'identité que tente de lui imposer l'école primaire. Un deuxième exemple est celui d'un éducateur spécialisé qui refuse d'être dans le groupe des non-inuit et de participer à une ségrégation lors de rencontres avec la direction de son organisation. Dans ces deux exemples, les participants se sont fait imposer des identités par d'autres individus, mais démontrent dans leur discours qu'ils ne veulent pas s'y conformer.

Lemay (2011) a relevé un phénomène semblable et note que les intervenants ayant participé à son étude avaient souvent une perception d'eux-mêmes qui différait de la manière dont ils percevaient leurs collègues et la nature oppressive de leur profession. L'auteure souligne que l'on se perçoit souvent différemment et plus positivement que la manière dont on perçoit les autres. En se percevant différemment, il pourrait être possible de se percevoir comme un agent de changement, un allié et un collaborateur et non un complice des difficultés présentes. Pour les participants de la présente étude, ceci semblerait être le cas en particulier en ce qui concerne la volonté de se différencier des non-Inuit perçus parfois comme des « oppresseurs » ou de la DPJ perçue parfois comme des « voleurs d'enfants ». C'est en refusant d'intégrer une identité que les participants peuvent tenter de maintenir des relations positives avec les autres individus avec qui ils sont amenés à travailler et à vivre.

Enfin, Deaux (2001) va dans le même sens et propose que lorsqu'une menace est présente dans l'environnement d'un individu, soit une menace envers son identité ou une stigmatisation de son identité, cela amène une personne à modifier son identité. Bien que cela puisse amener une personne à assimiler fortement une identité, cela peut aussi amener les individus à refuser et renier les identités qui leur sont imposées par les autres. Ceci pourrait être fait soit en niant simplement l'identité ou en en diminuant l'importance comme dans le cas de l'éducateur spécialisé présenté plus haut. En effet, il ne peut nier qu'il n'est pas Inuit, mais il tente de le minimiser dans la circonstance où il ressent que cela pourrait nuire à ses relations avec ses pairs.

3.4 Quoi comprendre des mouvements identitaires

Les personnes ont donc des identités multiples et négocient différentes identités parfois en les assimilant, parfois en se les faisant imposer et parfois en les refusant. Deaux (2001) nomme que si l'on assume que les individus ont des identités sociales multiples, caractérisées par des attributs et des comportements distincts, il est alors important de considérer comment les gens changent d'une identité à l'autre. Ces changements d'identités ne sont pas la preuve d'une instabilité, mais démontreraient plutôt la manière par laquelle les individus répondent à leur environnement (Deaux, 2001). Ainsi, les participants, en changeant d'identités, démontreraient leur adaptation ou leurs tentatives de s'adapter à leur environnement de travail et de vie. Les participants seraient alors en train de négocier leurs identités, influencées par différents facteurs de l'environnement.

Nagy (2017) rapporte que l'identité est basée sur la formation de partenariats pragmatiques qui mèneront au développement de rôles réciproques et partagés, en d'autres mots, à de la collaboration. Les individus chercheraient donc à maintenir des relations positives avec leur système (milieu de vie, milieu de travail, système de lois et les organisations en place) et les autres individus qui les entourent. Nagy (2017) continue, toutefois, en énonçant que des changements dans la structure des systèmes sont nécessaires pour s'assurer de répondre aux besoins des identités présentes. En somme, sans des changements dans les systèmes² en place

² Au sens des théories systémiques, et non du système de loi ou du système de santé.

(groupes sociaux, réglementation, organisations, lois, système de santé, médias, etc.) qui influencent les définitions des identités de chacun, il sera impossible pour les individus de maintenir une identité positive. Dans le cas de la présente étude, les identités seront alors maintenues en place par des systèmes qui refusent de changer, un langage qui maintient en place des identités, ainsi que des médias et des individus qui partagent des histoires.

4. Diffusion et maintien des identités par le discours

Plusieurs éléments rapportés par les participants et observés dans leurs discours contribueraient à la diffusion et au maintien des identités en place. Tout d'abord, le langage utilisé maintiendrait ces identités en place. Deuxièmement, les histoires partagées par les individus et par les médias, concernant le Nunavik et ce qui s'y déroule, contribuent à garder certains stéréotypes, stigmatisations et préjugés sur certains groupes sociaux.

Tout d'abord, la langue est un aspect important de toute communication et a aussi été relevée par certains participants comme influençant les relations de travail ainsi que la collaboration. Les participants de cette étude parlent jusqu'à trois langues différentes, souvent en ayant une comme langue maternelle, une seconde, qu'ils maîtrisent parfois bien ou moins bien, et parfois même une troisième. Les discussions dans leur quotidien peuvent donc se produire en inuktitut, en français ou en anglais selon les langues des personnes impliquées dans la discussion. La compréhension en sera alors influencée par l'origine de l'individu et les langues qu'il maîtrise. Comme le mentionnent Denzin et Lincoln (1998), tout regard est filtré par le langage, le genre, la classe sociale et l'origine ethnique.

De plus, le langage utilisé par les participants dépend de la grille lexicale qu'offre leur langue maternelle (Wierzbicka, 1999). Si les participants doivent communiquer les uns avec les autres dans leur langue maternelle, cela agrandit et maximise le langage disponible à eux pour exprimer leurs joies, leurs frustrations, leurs opinions et leurs idées. La rencontre entre deux individus serait alors limitée à la fois par le vocabulaire, mais aussi par le ton, les expressions et les tournures de phrases utilisés. Il est possible de se demander si le choix de langue utilisée pourrait influencer le message des participants lorsqu'ils discutent avec leurs pairs, ainsi que

leurs messages lors des entrevues pour la présente étude. Les participants avaient le choix de parler en inuktitut, en français ou en anglais pour la présente étude.

Par ailleurs, les participants ont aussi nommé le partage d'histoires comme un facteur séparant les individus, et donc maintenant les groupes sociaux en place. En effet, le partage d'histoires, qu'elles soient positives ou négatives, semble influencer les participants quant à leurs idées des autres individus vivant dans leurs communautés et travaillant avec eux. Si l'on prend l'exemple d'une intervenante sociale inuit qui parle de son collègue qui a peur de sortir de chez lui, son collègue avait entendu des histoires qui lui avaient fait peur. Il ne voulait donc pas sortir de chez lui sauf pour aller travailler. Cet exemple démontre comment le partage d'histoires peut contribuer au maintien des groupes sociaux en place et donc contribuer à la ségrégation entre les groupes et réduire la collaboration. Les histoires que les individus entendent peuvent participer à renforcer les stéréotypes présents.

Dans son article sur la relation entre les Innus et les non-Innus en Sagamie, Charest (2013) rapporte que les médias participent à changer l'opinion de la population générale. Il nomme que ce partage d'histoires participe à la ségrégation entre les deux groupes et donc au maintien des inégalités en ce qui concerne les droits des deux groupes. Ce à quoi Charest (2013) réfère s'applique aussi à la séparation entre les groupes ethniques. Toutefois, il est possible de croire que le partage d'histoires et les médias participent aussi à la ségrégation entre les groupes et au maintien de groupes sociaux. Par exemple, le partage d'histoires concernant la protection de la jeunesse pourrait amener les familles inuit à avoir peur ou à se méfier de celle-ci et les autres intervenants à ne pas vouloir représenter ou faire partie de celle-ci. Selon Fraser et Nadeau (2015) dans leurs articles sur les expériences et les représentations des services sociaux au Nunavik, les perceptions sociales influençaient les attentes et l'utilisation des services des familles Inuit.

Bref, le langage utilisé traduit l'origine de l'interlocuteur et les messages que les participants veulent transmettre. Le langage et le partage d'histoire contribueraient à maintenir les groupes sociaux en place et à renforcer l'identification à ces groupes ce qui mènerait à l'émergence de discours d'altérisation.

5. Pertinence

Il est de mise de se demander comment ces nouvelles informations sont pertinentes pour l'amélioration de la santé et de la santé mentale des personnes inuit du Nunavik. Tout d'abord, les différentes formes d'altérisation auraient des impacts sur la santé des personnes inuit. L'altérisation professionnelle, individuelle, envers les systèmes et ethnique amèneraient les participants à se différencier les uns des autres, ce qui aggranderait le fossé entre les différents groupes sociaux. Ces différenciations entraîneraient une réduction de la collaboration lorsqu'il est question d'exclusion, et une possible augmentation de la collaboration lorsqu'il s'agit d'inclusion (Canales, 2000). En effet, l'altérisation présente dans les discours des participants pourrait donc contribuer à réduire la collaboration entre les différents professionnels et par conséquent participer aux difficultés de santé des personnes inuit. Un manque de collaboration dans les services de soins de la santé et de santé mentale a été largement documenté comme nuisant à la santé d'une population, et ce, autant dans la population générale (D'Amour et al., 2005; Fraser et al., 2016; Gitlin et al., 1994; Henry et al., 1992; Kates et al., 2011; Liedtka et al., 1998; Nadeau, Rousseau et Measham, 2012, 2014; Reeves et al., 2017; Zwarenstein et al., 2009) que dans un contexte de santé mentale chez les personnes autochtones (Auclair et Sappa, 2012; Blackstock et Trocmé, 2005; Cotton, Nadeau et Kirmayer, 2014; Fraser et al., 2016; Kirmayer, Fraser, Fauras et Whitley, 2009).

En cherchant à s'inclure et à se différencier de différents groupes sociaux, les participants cherchent à maintenir un statut social estimé positivement. La navigation entre différents groupes sociaux serait bénéfique pour la santé mentale (King et al., 2009). Selon Durie, Milroy et Hunter (2009), un sentiment identitaire fluide est même un prérequis pour le bien-être mental. Il serait possible de croire que lorsque les participants naviguent entre différentes identités à la recherche d'une identité positive, cela a aussi un impact positif sur leur santé mentale. Ainsi, le maintien d'une identité que l'on estime positivement aurait donc un impact positif sur la santé mentale.

Par ailleurs, l'altérisation ethnique (d'exclusion et discriminante) aurait, à elle seule, des conséquences négatives sur la santé des personnes inuit. En effet, les participants ont mentionné

plusieurs généralisations dans leurs discours. Les conséquences négatives de ces généralisations sur le bien-être et la santé d'une population autochtone ont été largement documentées et présentées dans l'introduction de cette étude (Allan et Smylie, 2015; Charest, 2013; Denison et al., 2014; Fraser et Nadeau, 2015; Johnson et al., 2004; Lemay, 2011; Lisant et de Leeuw, 2014; Loppie Reading et Wien, 2009; Reading, 2013; Rix et al., 2014; Steele, 1990; Swim et Miller, 1999; Tang et Browne, 2008). Les généralisations que les participants non-inuit font envers les personnes inuit ont des conséquences au niveau personnel, familial et communautaire. Il ne faut pas négliger l'impact de ces généralisations sur le bien-être des personnes inuit et sur la qualité des soins offerts.

Bref, l'altérisation présente entraîne une séparation entre les groupes amenant plus ou moins de collaboration. Ceci est vrai pour l'altérisation professionnelle, individuelle, envers les systèmes et ethnique. Le phénomène a déjà été documenté comme ayant des conséquences importantes sur le bien-être d'une population. Le fossé étant agrandi par les discours altérisant, il est plus difficile pour les individus d'entrer en relation les uns avec les autres. En accompagnant les acteurs du système de soins et de santé mentale dans une réflexion, le fossé pourrait être réduit. Les individus comprendraient mieux leur propre identité et leur position par rapport à « l'autre ». L'autre serait alors aussi vu dans toute sa complexité. Une réelle sensibilité professionnelle, individuelle et culturelle dans les soins et dans les relations serait possible. Il serait alors possible de passer à l'étape suivante d'une collaboration soit le travail complémentaire (D'Amour et al., 2005; Gitlin et al., 1994). Le changement passerait donc par une réflexion individuelle de chacun sur les préjugés perpétués dans les discours.

Comment passer à l'action ?

L'hypothèse qui émerge est qu'une réflexion sur l'identité influencerait les interactions que les participants auraient avec leurs collègues et leurs pairs dans la communauté. En améliorant ces interactions, une meilleure collaboration s'en suivrait. En améliorant la collaboration, cela améliorerait la qualité des soins offerts (Auclair et Sappa, 2012; Blackstock et Trocmé, 2005; Cotton et al., 2014; D'Amour et al., 2005; Fraser et al., 2016; Gitlin et al.,

1994; Henry et al., 1992; Kates et al., 2011; Kirmayer et al., 2009; Liedtka et al., 1998; Nadeau et al., 2012, 2014; Reeves et al., 2017; Zwarenstein et al., 2009).

En comprenant dans quel groupe social chacun se situe, il serait possible pour les participants de mieux interagir entre eux, car ils auraient une meilleure compréhension des forces, limites, compétences et stéréotypes avec lesquels ils arrivent lorsqu'ils entreraient en relation avec d'autres individus. On peut penser qu'ils comprendraient ainsi mieux les préjugés qui pourraient aussi y être associés. Certains auteurs comme Wicklund (1975) suggèrent même que la connaissance de soi est un des principaux motivateurs du changement. Ce serait donc en se connaissant mieux que les participants pourraient arriver à changer leur manière de se percevoir, de percevoir les autres et d'interagir avec les autres. Tang et Browne (2008) invitent les donneurs de soins à avoir une pratique réflexive envers leurs relations de pouvoir dans le système de soins. Ils les invitent à remettre en question les mesures de contrôle existantes qui perpétuent les inégalités et les rendent légitimes (Tang et Browne, 2008).

Une réflexion pourrait aussi être intégrée aux formations des professionnels de la santé et de la santé mentale. Par exemple, selon certains auteurs, plusieurs formations, dont celle des infirmières, tendent à comprendre la culture à travers une lunette culturaliste qui voit certaines caractéristiques comme étant des « traits culturels » des différents groupes ethnoculturels sans considérer les contextes économiques et sociopolitiques qui forment la vie des gens (Browne et al., 2010; Browne et al., 2009). Denison et al. (2014) recommandent donc qu'il y ait davantage de formation concernant la sécurité culturelle et la culture autochtone pour les travailleurs de la santé pour qu'ils aient une meilleure compréhension des comportements et pour diminuer la discrimination. Ces formations amèneraient les personnes non-inuit à changer leur vision et à réfléchir de manière plus globale aux différences culturelles. En ayant une réflexion critique sur leur propre situation, il leur sera alors possible de constater comment chaque individu est complice dans la perpétuation des inégalités sociales (Tang et Browne, 2008). Ceci réduirait l'impact que ces préjugés peuvent avoir, soit la détérioration des soins offerts par les

généralisations qui sont attribuées à l'autre. L'objectif de ces changements serait d'atteindre une sécurité culturelle³ pour les bénéficiaires du Nunavik (Dunbar, 2011).

Une meilleure connaissance de soi et des autres semblent être le moyen priorisé par de nombreux auteurs pour pallier aux difficultés relevées. Or, Rix et al. (2014) proposent plutôt le contraire et invitent à s'oublier pour pouvoir être complètement avec l'autre. Les auteurs rapportent que le donneur de soins et le bénéficiaire pourraient alors partager une certaine forme de conscience participative grâce à laquelle ils auraient une meilleure compréhension et de meilleures connaissances l'un de l'autre. Ceci permettrait de créer un espace commun de partage (Rix et al., 2014).

Enfin, l'altérisation, donc la différenciation de l'autre, est parfois nécessaire à la collaboration, toutefois, elle n'est pas obligatoire à la collaboration (D'Amour et al., 2005). En effet, de la collaboration peut exister sans que les individus aient besoin de se comparer ou de se différencier. Il n'est pas nécessaire de se comparer à l'autre pour pouvoir collaborer. La collaboration passe plutôt par le partage de connaissances, le partenariat avec l'autre, le partage de pouvoir, l'interdépendance et le processus lui-même (D'Amour et al., 2005). Une collaboration serait alors possible sans altérisation, en travaillant ensemble, sans remettre en question les compétences de l'autre. Il serait alors possible d'aller de l'avant avec des projets en passant plus rapidement à l'action. Par exemple, l'individu pourrait faire confiance au système de soins en place, qui engage des individus avec des compétences variées. C'est lorsque l'individu fera confiance au système dans lequel il travaille qu'une réelle collaboration sera possible. Il saura faire confiance en la capacité du système à choisir des employés compétents pour une collaboration réussie.

Bref, en ayant une réflexion sur l'identité, les formations, leurs discours d'altérisation et leurs relations avec le monde qui les entoure, il serait possible pour les participants, et peut-être d'autres acteurs du système de soins et de santé mentale, d'aller au-delà de ces altérisations, de

³ Ce concept se définit comme la combinaison d'une conscience culturelle et d'une offre de soins sécuritaire et culturellement compétente (Durey, 2010).

changer leurs manières d'interagir et d'être plus culturellement compétents. S'en suivraient une meilleure collaboration, de meilleurs soins et une amélioration du sentiment de compétence pour tous les travailleurs du Nord.

6. Limites de l'étude

12 entrevues ont été analysées pour la présente étude. Il est important de rappeler que les résultats et la discussion découlant de l'analyse de ces entrevues ne peuvent pas être généralisés à l'ensemble des acteurs du système de soins et de santé mentale du Nunavik. En effet, l'échantillon a été biaisé intentionnellement pour faire ressortir un plus grand nombre d'exemples du phénomène à l'étude et ainsi, optimiser cette étude. Ceci a permis d'explorer le sujet et rend donc cette étude pertinente sur le plan théorique. Il n'est toutefois pas possible de dire qu'elle représente l'ensemble de la population à l'étude.

Rappelons aussi qu'il est possible que les gens aient une vision plus nuancée de la collaboration dans les soins au Nunavik que ce qui a émergé des données. Par contre, la situation confortable et détendue dans laquelle se sont déroulées les entrevues a pu permettre un discours moins soigné de la part des participants. Les nuances sont parfois difficiles à décrire en mots et en termes justes et ont peut-être moins transparu dans les entrevues. Il est aussi possible que les mots trahissent les émotions et les perceptions des participants. Ce sont les mots qui sont prononcés et ce sont aussi les mots qui résonnent chez les gens. Les gens citent même les propos de leurs collègues dans leurs propres entrevues, démontrant qu'ils ont eux aussi été touchés par les mots utilisés. Les mots ne représentent donc pas toujours le message exact que le participant veut transmettre.

Considérant ces informations, il est important de relever certaines limites ayant pu teinter les résultats.

Tout d'abord, l'auteure de ce mémoire n'est pas allée elle-même au Nunavik pour recueillir les données, apprendre à connaître les participants et faire de l'observation participative. Un séjour terrain de longue durée aurait permis de mieux comprendre les expériences au quotidien. Il aurait alors été possible de distinguer les discours catégoriques et

les intonations des participants. Le manque de connaissance terrain de l'auteure nuit donc à la qualité de l'analyse.

Par ailleurs, le temps alloué pour la présente étude ne permettait pas d'aller en profondeur et d'analyser plus de 12 entrevues. Toutefois, les mêmes thèmes ressortaient souvent et à la fin de l'analyse, il n'y avait plus de nouveaux thèmes qui émergeaient. Il aurait été intéressant de faire l'exercice avec un plus grand nombre de participants pour explorer l'altérisation en profondeur. Il a donc été possible d'explorer la nature de l'altérisation des participants et non l'ampleur du phénomène. La sélection d'entrevues pour l'analyse a aussi été réalisée assez tôt dans le processus de rédaction de cette étude. La compréhension du phénomène de l'altérisation pour l'auteure a évolué au fil de l'étude. Pour l'auteure, l'altérisation est passée d'un concept théorique à un concept concret au fil du temps.

Concernant les participants sélectionnés, bien qu'une certaine représentativité ait été tentée, ce ne sont pas tous les métiers, les organisations ou les secteurs du système de soins et de santé mentale qui ont été représentés dans les données.

Aussi, un manque de collaborateurs inuit est un élément important qui peut avoir nui à la qualité de l'étude présentée. En effet, il aurait été très pertinent d'intégrer une réflexion d'un travailleur inuit et non-inuit travaillant au Nunavik sur les résultats obtenus. Cela aurait permis d'obtenir un ou deux autres regards sur les résultats et aurait permis de comprendre si certains résultats sont uniquement dus à la perception de l'auteur. Plusieurs limites nommées auraient ainsi pu être palliées. Toutefois, cela n'a pas été possible par manque de temps et par les contraintes scolaires.

Enfin, malgré un effort de subjectivité, un certain jugement était présent au début de la recherche. Une direction et une conclusion étaient inconsciemment en train de se former, avant même d'avoir analysé les données. Lorsqu'il a été remarqué que ces préjugés étaient présents, une pause a été prise pour prendre du recul par rapport au sujet. Ceci a permis d'analyser plus justement les résultats et de rester plus près des dires des participants.

Dans un même ordre d'idées, la langue a aussi pu influencer les résultats. La grille lexicale offerte par chaque langue est différente. Le message transmis par chaque participant était donc possiblement influencé par la langue choisie pour communiquer (inuktitut, français

ou anglais) (Wierzbicka, 1999). L'expérience va bien au-delà des mots utilisés (Polkinghorne, 2005) et il faut donc prendre en considération que les résultats ne représentent qu'un fragment de l'expérience. De plus, les discours ont été analysés par une chercheuse allochtone, d'origine québécoise et irlandaise. La compréhension des discours de tous les participants s'est donc faite avec cette lunette, ce qui donne aussi une couleur aux résultats.

7. Recommandations

Il serait pertinent de faire la même étude dans le sud du Québec, dans les services de santé, et ce dans plusieurs contextes, tels que dans des communautés autochtones, des communautés allochtones, des communautés rurales et urbaines.

Par ailleurs, il serait intéressant de réaliser des groupes de réflexions pour faire évoluer les discours présents et intégrer une réflexion sur les impacts de l'altérisation dans les formations pré-départ pour le Nunavik. Ceci permettrait aux acteurs du système de soins de se faire accompagner dans leur réflexion sur leurs propres identités.

Conclusion

L'étude de Fraser et al. (2016) a révélé qu'il y avait des tensions dans les relations entre différents acteurs du système de soins du Nunavik. Ces tensions nuiraient à la collaboration et donc à l'offre de services dans une région avec de grands besoins en matière de santé et de santé mentale. La présente étude est donc une analyse secondaire des données de l'étude de Fraser et al. (2016) pour aller explorer un phénomène qui semble participer à créer des tensions et par conséquent nuire à la collaboration.

L'objectif de ce travail était donc d'explorer les manifestations d'altérisation entre les différents acteurs du système de soins et de santé mentale du Nunavik. Pour ce faire, douze entrevues ont été analysées qualitativement pour faire ressortir les récits et les contextes d'altérisation. Ce phénomène a été défini comme le fait de considérer une personne ou un groupe comme « autre », en attribuant au groupe « eux » des caractéristiques (parfois discriminantes), et en appropriant au groupe « nous » d'autres caractéristiques (parfois positives ou dominantes) (Fine, 1994; Hall, 1997; Lamont et Molnár, 2002; Weis, 1995).

Des discours d'altérisation professionnelle, individuelle, envers les systèmes et ethnique ont été relevés dans les discours des participants de la présente étude. Ces manifestations d'altérisation représenteraient l'association et la différenciation des individus à divers groupes. Il est d'avis que ce phénomène permettrait à certains participants de maintenir une identité positive dans laquelle ils seraient capables de fonctionner. Selon ce qui a été observé dans les discours des participants, ce phénomène n'est pas uniquement négatif, une certaine différenciation serait même nécessaire pour qu'une collaboration puisse être possible (D'Amour et al., 2005). De plus, il a été observé que certains contextes comme la certification et la professionnalisation des domaines de la santé, les conflits individuels et de personnalités, le contexte socioéconomique, la discrimination et les problèmes organisationnels, contribueraient à faire émerger ces discours.

Les participants ne semblent pas s'identifier à un seul groupe social. Au contraire, ils naviguent entre plusieurs identités qui sont parfois assimilées, imposées, ou refusées. D'autres facteurs comme le langage et le partage d'histoires participent à maintenir certains groupes sociaux et identités en place.

Bref, différents récits et contextes d'altérisation ont pu être observés dans les discours des participants. Au-delà d'une simple constatation, il est possible de croire que cette présence du phénomène dans les discours des participants entraînerait une séparation entre les groupes et nuirait à la collaboration dans le contexte actuel du Nunavik. Le phénomène aurait donc aussi des conséquences sur le bien-être de la population du Nunavik. L'altérisation créerait des frontières entre les individus rendant cela plus difficile d'entrer en relation les uns avec les autres.

Pour conclure, il serait nécessaire d'intégrer une meilleure pratique réflexive dans les institutions de santé du Nunavik. Ceci pourrait être fait en accompagnant les travailleurs dans une réflexion personnelle sur leur identité lors des formations pré-départ, dans les formations professionnelles ou par des formations en ligne. Des ressources pourraient aussi être disponibles pour permettre aux individus d'être accompagnés dans une réflexion, si besoin est, lors de conflits ou de tensions vécus dans leur travail ou leurs relations personnelles. En ayant une réflexion sur sa propre identité, il sera alors plus facile d'entrer en contact avec l'autre et de le voir dans toute sa complexité plutôt qu'uniquement à travers sa propre lunette.

Bibliographie

- Adams, G. R. et Marshall, S. (1996). A developmental social psychology of identity: Understanding the person-in-context. *19*(1), 429-442. doi: 10.1006/jado.1996.0041
- Aguilar, W. et Halseth, R. (2015). Aboriginal peoples and historic trauma: The processes of intergenerational transmission. Repéré le 17 juin 2018 à <https://www.ccsa-nccah.ca/docs/context/RPT-HistoricTrauma-IntergenTransmission-Aguilar-Halseth-EN.pdf>
- Allan, B. et Smylie, J. (2015). *First Peoples, second class treatment: The role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada*. Repéré à <http://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2015/02/Summary-First-Peoples-Second-Class-Treatment-Final.pdf>
- Auclair, G. et Sappa, M. (2012). Mental health in Inuit youth from Nunavik: clinical considerations on a transcultural, interdisciplinary, community-oriented approach. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *21*(2), 124. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3338178/>
- Bach, B. W. (2005). The organizational tension of othering. *Journal of Applied Communication Research*, *33*(3), 258-268. doi: 10.1080/00909880500149478
- Backhouse, C. (1999). *Colour-coded: A legal history of racism in Canada, 1900-1950*. (1^e éd.). Toronto, ON: University of Toronto Press.
- Barth, F. (2000). Boundaries and connections. Dans A. P. Cohen (dir.), *Signifying identities: Anthropological perspectives on boundaries and contested values* (p. 17-36). Repéré à https://books.google.ca/books?id=XqVhsCsvgvQC&printsec=frontcover&hl=fr&source=gbgbs_ge_summary_r&cad=0 - v=onepage&q&f=false
- Baumeister, R. F. (1986). *Identity: Cultural change and the struggle for self*. (1^e éd.). Oxford, Royaume-Uni: Oxford University Press.
- Blackstock, C. et Trocmé, N. (2005). Community-based child welfare for Aboriginal children: Supporting resilience through structural change. *Social Policy Journal of New Zealand*, *24*(12), 12-33. Repéré à <http://cwrp.ca/sites/default/files/publications/en/communityBasedCWAAboriginalChildren.pdf>
- Branscombe, N. R. et Miron, A. M. (2004). Interpreting the ingroup's negative actions toward another group: Emotional reactions to appraised harm. Dans L. Z. Tiedens et C. W. Leach (dir.), *The social life of emotions* (p. 314-335). doi: 10.1017/CBO9780511819568.
- Browne, A. J., Smye, V. L., Rodney, P., Tang, S. Y., Mussell, B. et O'Neil, J. (2010). Access to primary care from the perspective of Aboriginal patients at an urban emergency department. *Qualitative Health Research*, *21*(3), 333-348. doi: 10.1177/1049732310385824
- Browne, A. J., Varcoe, C., Smye, V., Reimer-Kirkham, S., Lynam, M. J. et Wong, S. (2009). Cultural safety and the challenges of translating critically oriented knowledge in

- practice. *Nursing Philosophy*, 10(3), 167-179. Repéré à https://www.researchgate.net/profile/Colleen_Varcoe/publication/26292983_Cultural_safety_and_challenges_of_translating_critically_oriented_knowledge_in_practice/links/00463527118d725f26000000.pdf
- Brunet, M. et Vinet, A. (1978). Les équipes multidisciplinaires dans les CLSC: 1973–1976 (p. 111). Québec: Université Laval.
- Bullis, C. et Bach, B. W. (1996). Feminism and the disenfranchised: Listening beyond the “other.”. Dans E. B. Ray (dir.), *Communication and disenfranchisement: Social health issues and implications* (p. 3-28).
- Cameron, B. L., Plazas, M. d. P. C., Salas, A. S., Bearskin, R. L. B. et Hungler, K. (2014). Understanding inequalities in access to health care services for Aboriginal people: a call for nursing action. *Advances in Nursing Science*, 37(3), E1-E16. doi: 10.1097/ANS.0000000000000039
- Canales, M. K. (1998). *Changing perceptions of the other: Teaching practices of doctorally-prepared Latina nursing faculty: A grounded theory study*. (1^e éd.). Madison, WI : University of Wisconsin Press.
- Canales, M. K. (2000). Othering: Toward an understanding of difference. *Advances in Nursing Science*, 22(4), 16-31. doi: 10.1097/00012272-200006000-00003
- Centre de santé Inuulitsivik. (2016). Conditions de travail. Repéré à <http://www.inuulitsivik.ca/carrieres/conditions-de-travail>
- Charest, P. (2013). Les relations entre les Innus et les non-Innus en Sagamie: Une double analyse «impressionniste» et discursive. *Recherches amérindiennes au Québec*, 43(1), 9-24. doi: <http://dx.doi.org/10.7202/1024469ar>
- Charon, J. M. (2009). *Symbolic interactionism: An introduction, an interpretation, an integration*. Londres, Royaume-Uni: Pearson College Division.
- Clark, R., Anderson, N. B., Clark, V. R. et Williams, D. R. (1999). Racism as a stressor for African Americans: A biopsychosocial model. *American psychologist*, 54(10), 805. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.54.10.805>
- Cole, A. (2004). What Hegel's Master/Slave dialectic really means. *Journal of Medieval and Early Modern Studies*, 34(3), 577-610. doi: 10.1215/10829636-34-3-577
- Collins, P. H. (2002). *Black feminist thought: Knowledge, consciousness, and the politics of empowerment*. Repéré à <https://uniteyouthdublin.files.wordpress.com/2015/01/black-feminist-thought-by-patricia-hill-collins.pdf>
- Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L., Touati, N. et Rodriguez, R. (2001). Intégration des soins: dimensions et mise en œuvre. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 8(2), 38-52. Repéré à http://www.medsp.umontreal.ca/ruptures/pdf/articles/rup082_038.pdf
- Corntassel, J. (2012). Re-envisioning resurgence: Indigenous pathways to decolonization and sustainable self-determination. *Decolonization: indigeneity, education & society*, 1(1), 86-101. Repéré à <https://decolonization.org/index.php/des/article/view/18627/15550>
- Cotton, M.-E., Nadeau, L. et Kirmayer, L. J. (2014). Consultation to remote and Indigenous

- communities. Dans L. Kirmayer, J. Guzder et C. Rousseau (dir.), *Cultural Consultation* (p. 223-244). doi: https://doi.org/10.1007/978-1-4614-7615-3_11.
- Counil, E., Dewailly, E., Bjerregaard, P. et Julien, P. (2008). Trans-polar-fat: all Inuit are not equal. *British journal of nutrition*, 100(4), 703-706. doi: 10.1017/S0007114508925447.
- D'Amour, D. (1998). *Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec*. (Université de Montréal, Montréal).
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L. et Beaulieu, M.-D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *Journal of interprofessional care*, 19(sup1), 116-131. doi: 10.1080/13561820500082529
- D'Amour, D., Sicotte, C. et Lévy, R. (1999). L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences sociales et santé*, 17(3), 67-94. doi: 10.3406/sosan.1999.1468
- Davies, C. (2003). Workers, professions and identity. Dans J. Henderson et D. Atkinson (dir.), *Managing Care in Context* (p. 189–210). London, Royaume-Uni: Routledge.
- Davies, H. T., Nutley, S. M. et Mannion, R. (2000). Organisational culture and quality of health care. *BMJ Quality & Safety*, 9(2), 111-119. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/qhc.9.2.111>
- de Leeuw, S., Kobayashi, A. et Cameron, E. (2011). *Difference*. Oxford, Royaume-Uni: Wiley Blackwell.
- Deaux, K. (2001). Social identity. Dans J. Worell (dir.), *Encyclopedia of Women and Gender* (Vol. 1, p. 1059-1067). Repéré à <https://pdfs.semanticscholar.org/97b3/929263667bf754777da7a94260ecbad9f625.pdf>
- Denison, J., Varcoe, C. et Browne, A. J. (2014). Aboriginal women's experiences of accessing health care when state apprehension of children is being threatened. *Journal of advanced nursing*, 70(5), 1105-1116. doi: 10.1111/jan.12271
- Denzin, N. K. et Lincoln, Y. S. (1998). *The landscape of qualitative research: Theory and issues*. (2^e éd.). London, Royaume-Uni: Sage.
- Deschênes, É. (2016). *La construction de relations de confiance au sein des équipes-écoles d'établissements en milieu autochtone du Québec selon les perceptions de leur direction* (Thèse de doctorat, Université de Sherbrooke, Sherbrooke). Repéré à https://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/9625/Deschesnes_Emilie_PhD_2016.pdf?sequence=3
- Dictionary.com. (2018). Racism. Repéré à <http://www.dictionary.com/browse/racism?s=t>
- Duhaime, G. (1983). La sédentarisation au Nouveau-Québec inuit. *Etudes/Inuit/Studies*, 7(2), 25-52. Repéré à https://www.jstor.org/stable/42869382?seq=1-page_scan_tab_contents
- Duhaime, G. (2003). Nunavik: Political Solutions Expected for Persisting Resources and Social Problems. Dans D. Vindig (dir.), *The Indigenous World 2002-2003*. Copenhagen, Danemark: International Work Group for Indigenous Affairs.
- Dunbar, T. (2011). Aboriginal people's experiences of health and family services in the northern

- territory. *International Journal of Critical Indigenous Studies*, 4(11), 2-16. Repéré à http://www.isrn.qut.edu.au/publications/internationaljournal/documents/Final_Dunbar_IJCIS.pdf
- Durey, A. (2010). Reducing racism in Aboriginal health care in Australia: where does cultural education fit? *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 34(1), S87-S92. doi: 10.1111/j.1753-6405.2010.00560.x
- Durie, M., Milroy, H. et Hunter, E. (2009). Mental health and the Indigenous peoples of Australia and New Zealand. Dans L. J. Kirmayer et G. G. Valaskakis (dir.), *Healing traditions: The mental health of Aboriginal peoples in Canada* (p. 36-55). Repéré à <https://www.ubcpres.ca/asset/9291/1/9780774815239.pdf>
- Ellemers, N., Knippenberg, A. et Wilke, H. (1990). The influence of permeability of group boundaries and stability of group status on strategies of individual mobility and social change. *British Journal of Social Psychology* 29(1), 233-246. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2224425>
- Erickson, L. (2005). Constructed and contested truths: Aboriginal suicide, law, and colonialism in the Canadian west(s), 1823-1927. *Canadian historical review*, 86(4), 595. doi: <https://doi.org/10.3138/CHR/86.4.595>
- Fine, M. (1994). Working the hyphens. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage. Repéré à http://www.uky.edu/~addesa01/documents/Fine_Hyphens.pdf
- Fleury, M.-J., Mercier, C., Lesage, A., Ouadahi, Y., Grenier, M. G., Aubé, D., . . . Poirier, L. (2004). *Réseaux intégrés de services et réponse aux besoins des personnes avec des troubles graves de santé mentale*. Repéré à http://www.cfhi-fcass.ca/migrated/pdf/researchreports/ogc/fleury_final.pdf
- Fraser, S., Rouillard, R., Nadeau, L., D'Ostie Racine, L. et Mickpegak, R. (2016). Collaborating towards improved child mental health in Nunavik *Etudes/Inuit/Studies*, 40(1), 23-41. doi: 10.7202/1040143ar
- Fraser, S. L. et Nadeau, L. (2015). Experience and representations of health and social services in a community of Nunavik. *Contemporary Nurse*, 51(2-3), 286-300. doi: 10.1080/10376178.2016.1171728
- Gitlin, L. N., Lyons, K. J. et Kolodner, E. (1994). A model to build collaborative research or educational teams of health professionals in gerontology. *Educational Gerontology: An International Quarterly*, 20(1), 15-34. doi: <https://doi.org/10.1080/0360127940200103>
- Gouvernement du Canada. (2017). Faits saillants du budget de 2017 – Investissements pour les Autochtones et le Nord. Repéré à <https://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1490379083439/1490379208921>
- Gouvernement du Canada. (2018). Le système de soins de santé du Canada. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/rapports-publications/regime-soins-sante/canada.html>
- Gouvernement du Québec. (2018a). Éducation et enseignement supérieur Québec. Repéré à <http://www.education.gouv.qc.ca/colleges/etudiants-au-collegial/formation->

- Gouvernement du Québec. (2018b). P-34.1 Loi sur la protection de la jeunesse. Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/P-34.1>
- Grégoire, J. (2012). À propos de la psychoéducation, un bref aperçu historique. *Revue de psychoéducation*, 41(2), 121-136. Repéré à <https://www.unipsed.net/ressource/c-historique-psychoeducation/>
- Guinard, P.-A., Daigneault-Clermont, C., Lazure, G., Prévost, F., Robitaille, A. et Schreiber, J. (2012). *Critères de qualité des services sociaux et de santé par les Inuit de la Baie d'Hudson*. Puvirnituk: Université Laval.
- Hall, J. M., Stevens, P. E. et Meleis, A. I. (1994). Marginalization: A guiding concept for valuing diversity in nursing knowledge development. *Advances in Nursing Science*, 16(4), 23-41. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00012272-199406000-00005>
- Hall, S. (1997). The spectacle of the “other”. Dans S. Hall (dir.), *Representation: Cultural Representations and Signifying Practices* (p. 223-290). Londres, Royaume-Uni: Sage
- Harding, R. (2006). Historical representations of aboriginal people in the Canadian news media. *Discourse & Society*, 17(2), 205-235. doi: 10.1177/0957926506058059
- Henry, F., Rees, T. et Tator, C. (2010). *The colour of democracy: Racism in Canadian society*. Scarborough, ON: Nelson Education.
- Henry, V., Schmitz, K., Reif, L. et Rudie, P. (1992). Collaboration: Integrating practice and research in public health nursing. *Public Health Nursing*, 9(4), 218-222. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1525-1446.1992.tb00104.x>
- Hepworth, J., Askew, D., Foley, W., Duthie, D., Shuter, P., Combo, M. et Clements, L.-A. (2015). How an urban Aboriginal and Torres Strait Islander primary health care service improved access to mental health care. *International journal for equity in health*, 14(1), 1. doi: 10.1186/s12939-015-0183-x
- Hogg, M. A. et Grieve, P. (1999). Social identity theory and the crisis of confidence in social psychology: A commentary, and some research on uncertainty reduction. *Asian Journal of Social Psychology*, 2(1), 79-93. doi: <https://doi.org/10.1111/1467-839X.00027>
- Hunter, E. (2007). Disadvantage and discontent: A review of issues relevant to the mental health of rural and remote Indigenous Australians. *Australian Journal of Rural Health*, 15(2), 88-93. doi: 10.1111/j.1440-1584.2007.00869.x
- Iyer, A., Leach, C. W. et Crosby, F. J. (2003). White guilt and racial compensation: The benefits and limits of self-focus. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29(1), 117-129. doi: 10.1177/0146167202238377
- Johnson, J. L., Bottorff, J. L., Browne, A. J., Grewal, S., Hilton, B. A. et Clarke, H. (2004). Othering and being othered in the context of health care services. *Health communication*, 16(2), 255-271. doi: 10.1207/S15327027HC1602_7
- Karlsen, S. et Nazroo, J. Y. (2002). Relation between racial discrimination, social class, and health among ethnic minority groups. *American Journal of Public Health*, 92(4), 624-631. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447128/>

- Kates, N., Mazowita, G., Lemire, F., Jayabarathan, A., Bland, R., Selby, P., . . . Audet, D. (2011). The evolution of collaborative mental health care in Canada: A shared vision for the future. *Canadian Journal of Psychiatry*, 56(5), 1-56. Repéré à [http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Directories/Committees_List/Collaborative mental health care-2011-49-web-FIN-EN.pdf](http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Directories/Committees_List/Collaborative%20mental%20health%20care-2011-49-web-FIN-EN.pdf)
- Kativik Regional Government. (2006). Jobs in Nunavik in 2005: Results of a Survey Carried Out with the Nunavik Employers in 2005. Repéré à <http://www.nunivaat.org/documents/OnlinePublication/Jobs-in-Nunavik-in-2005.pdf>
- King, M., Smith, A. et Gracey, M. (2009). Indigenous health part 2: The underlying causes of the health gap. *The Lancet*, 374(9683), 76-85. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60827-8
- Kirmayer, L. J., Fraser, S.-L., Fauras, V. et Whitley, R. (2009). Current approaches to aboriginal youth suicide prevention. Montréal, QC: Cultural and Mental Health Research Unit.
- Lamont, M. et Molnár, V. (2002). The study of boundaries in the social sciences. *Annual review of sociology*, 28(1), 167-195. Repéré à [https://www.jstor.org/stable/3069239?seq=1 - page_scan_tab_contents](https://www.jstor.org/stable/3069239?seq=1-page_scan_tab_contents)
- Larson, A., Gillies, M., Howard, P. J. et Coffin, J. (2007). It's enough to make you sick: the impact of racism on the health of Aboriginal Australians. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 31(4), 322-329. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1753-6405.2007.00079.x>
- Larson, M. L. (1979). The rise of professionalism. *Pediatrics*, 63(3), 360-360. Repéré à <http://pediatrics.aappublications.org/content/63/3/360>
- Lemay, M. (2011). *Au-delà des bonnes intentions: réflexions d'intervenants sociaux non-autochtones sur leur pratique auprès des Autochtones au Canada*. (Thèse de maîtrise, Université de Montréal, Montréal, QC). Repéré à https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/6183/Lemay_Maryse_2011_memoire.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Lessard, L. (2015). *Troubles mentaux courants et soins de santé en région isolée : évaluation des soins offerts dans les services de santé de première ligne aux personnes avec un trouble dépressif ou anxieux au Nunavik*. (Thèse de doctorat, Université Laval). Repéré à <http://hdl.handle.net/20.500.11794/25958>
- Lessard, L. et Bergeron, O. (2009). Approches en santé mentale adaptées aux populations autochtones: quelques pistes pour guider l'intervention. *Quintessence*, 1(3), 1-2. Repéré à <http://www.qualaxia.org/fdownload.php?fn=Quintessence-V01N03-fr.pdf&ct=dqt&tp=pdf>
- Lessard, L., Bergeron, O., Fournier, L. et Bruneau, S. (2008). Étude contextuelle sur les services de santé mentale au Nunavik. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/868_SanteMentalNunavik.pdf
- Liedtka, J. M., Whitten, E. et Sorrells-Jones, J. (1998). Enhancing care delivery through cross-disciplinary collaboration: A case study/practitioner response. *Journal of Healthcare Management*, 43(2), 185. doi: 10.1097/00115514-199803000-00013

- Lisant, C. et de Leeuw, S. (2014). L'effet du racisme sur les autochtones et ses conséquences. Repéré à http://www.ccsa-nccah.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/131/2014_07_09_FS_2426_RacismPart2_ExperiencesImpacts_FR_Web.pdf
- Loppie Reading, C. et Wien, F. (2009). *Health inequalities and the social determinants of Aboriginal peoples' health*. Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health.
- Madrid, A. (1988). Missing people and others: Joining together to expand the circle. *Change: The Magazine of Higher Learning*, 20(3), 55-60. doi: 10.1080/00091383.1988.9939817
- Miller, S. (1997). Midwives' and physicians' experiences in collaborative practice: a qualitative study. *Women's Health Issues*, 7(5), 301-308. doi: 10.1016/S1049-3867(97)00051-0
- Minh-Ha, T. T. (1997). Not you/like you: Postcolonial women and the interlocking questions of identity and difference. *Cultural Politics*, 11(1), 415-419. Repéré à http://digitalcollections.sit.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1523&context=ipp_collection
- Mooney, G., Blackwell, S., Neuwelt, P., Sainsbury, P. et Legge, D. (2014). Whose health service is it anyway? Community values in healthcare. *The Journal of Australian Political Economy*, 180(1), 76-78. Repéré à <https://pdfs.semanticscholar.org/0747/cec03ee22dd608a8b54ae4a0a3c96284d787.pdf>
- Nadeau, L., Rousseau, C. et Measham, T. (2012). Integrated networks in child and youth mental health: A challenging role transformation for child psychiatrists and allied mental health professionals? *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 21(2), 83-84. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3338172/>
- Nadeau, L., Rousseau, C. et Measham, T. (2014). Addressing cultural diversity through collaborative care. Dans L. J. Kirmayer, J. Guzder et C. Rousseau (dir.), *Cultural consultation* (p. 203-221). Montréal, QC: Springer.
- Nagy, R. (2017). Can reconciliation be compelled? Transnational advocacy and the indigenous-Canada relationship. *Peace & Change*, 42(3), 313-341. doi: <https://doi.org/10.1111/pech.12243>
- Nunivaat: Nunavik Statistics Program. (2011). Total Population Projections, By Sex And Age, Reference Scenario A, Québec, Rcms And Equivalent Territories, 2011-2036. Repéré à [http://www.nunivaat.org/Table.aspx/Region/\[Nunavik\]Regional_level/Indicator/Population/Year/2016/2016-06-01-02/13760](http://www.nunivaat.org/Table.aspx/Region/[Nunavik]Regional_level/Indicator/Population/Year/2016/2016-06-01-02/13760)
- Paicheler, G. (1995). Présentation. Les professions de soins: territoires et empiètements. *Sciences sociales et santé*, 13(3), 5-10. Repéré à https://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_1995_num_13_3_1334
- Paradies, Y. (2006a). Defining, Conceptualizing and Characterizing Racism in Health Research. *Critical Public Health Affairs*, 16(2), 143-157. doi: 10.1080/09581590600828881
- Paradies, Y. (2006b). A systematic review of empirical research on self-reported racism and health. *international Journal of Epidemiology*, 35(4), 888-901. doi: 10.1093/ije/dyl056
- Paradies, Y., Harris, R. et Anderson, I. (2008). *The impact of racism on Indigenous health in*

- Australia and Aotearoa: Towards a research agenda*. Casuarina, N.T: Cooperative Research Centre for Aboriginal Health.
- Polkinghorne, D. E. (2005). Language and meaning: Data collection in qualitative research. *Journal of counseling psychology*, 52(2), 137. doi: 10.1037/0022-0167.52.2.137
- Raingruber, B. (2003). Gaps in Service in the Recognition and Treatment of Depression and Suicidal Ideation Within a Four-County Area. *Perspectives in psychiatric care*, 39(4), 151-162. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14737821>
- Reading, C. (2013). Understanding racism. Repéré à http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/103/understanding_racism_EN_web.pdf
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J. et Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1(6), 48. doi: 10.1002/14651858.CD000072.pub3
- Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik. (2015). Les établissements. Repéré à <http://nrhss.gouv.qc.ca/fr/les-%C3%A9tablissements>
- Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik. (2017). Perspectives Nunavik. Repéré à <https://sante-services-sociaux.ca/fr/>
- Reynolds, J. (2007). Discourses of inter-professionalism. *British Journal of Social Work*, 37(3), 441-457. doi: <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcm023>
- Rix, E. F., Barclay, L. et Wilson, S. (2014). Can a white nurse get it? 'Reflexive practice' and the non-Indigenous clinician/researcher working with Aboriginal people. *Rural Remote Health*, 14(2), 2679. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24888352>
- Rodon, T. (2015). From Nouveau-Québec to Nunavik and Eeyou Istchee: The Political Economy of Northern Québec. *Northern Review*, 1(38)93-112.
- Rodon, T. et Grey, M. (2009). The long and winding road to self-government: The Nunavik and Nunatsiavut experiences. Dans F. Abele, T. J. Courchene, F. L. Seidle et F. St-Hilaire (dir.), *The Art of the State IV: Northern Exposure: Peoples, Powers and Prospects in Canada's North* (p. 317-344). Montréal, QC: McGill-Queen's University Press.
- Shapiro, J. (2008). Walking a mile in their patients' shoes: empathy and othering in medical students' education. *Philosophy, ethics, and humanities in medicine*, 3(1), 10. doi: 10.1186/1747-5341-3-10
- Sherwood, J. et Edwards, T. (2006). Decolonisation: A critical step for improving Aboriginal health. *Contemporary Nurse*, 22(2), 178-190. doi: 10.5555/conu.2006.22.2.178
- Shildrick, M. (2000). Becoming vulnerable: Contagious encounters and the ethics of risk. *Journal of Medical Humanities*, 21(4), 215-227. doi: 10.1023/A:1009025125203
- Snodgrass, J. (2013). Health of indigenous circumpolar populations. *Annual Review of Anthropology*, 42(1), 69-87. doi: 10.1146/annurev-anthro-092412-155517
- Steele, S. (1990). White guilt. *The American Scholar*, 59(4), 497-506. Repéré à <http://www.jstor.org/stable/41211829>
- Stevenson, L. (2009). The Suicidal Wound and Fieldwork among Canadian Inuit. Dans J.

- Borneman et A. Hammoudi (dir.), *Being There: The Fieldwork Encounter and the Making of Truth* (1^e éd., p. 55). doi: 10.1525/california/9780520257757.003.0003.
- Stevenson, L. (2012). The psychic life of biopolitics: Survival, cooperation, and Inuit community. *American Ethnologist*, 39(3), 592-613. doi: 10.1111/j.1548-1425.2012.01383.x
- Stevenson, L. (2014). *Life beside itself: Imagining care in the Canadian Arctic*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Swim, J. K. et Miller, D. L. (1999). White guilt: Its antecedents and consequences for attitudes toward affirmative action. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25(4), 500-514. doi: 10.1177/0146167299025004008
- Tajfel, H. (1974). Social identity and intergroup behaviour. *Social Science Information*, 13(2), 65-93. doi: 10.1177/053901847401300204
- Tajfel, H. (1982). Social psychology of intergroup relations. *Annual review of psychology*, 33(1), 1-39. doi: 10.1146/annurev.ps.33.020182.000245
- Tajfel, H. (2010). *Social identity and intergroup relations*. Cambridge, Royaume-Uni: Cambridge University Press.
- Tajfel, H. et Turner, J. C. (1979). An integrative theory of intergroup conflict. *The social psychology of intergroup relations*, 33(47), 74. Repéré à <http://psycnet.apa.org/record/2001-01466-005>
- Tang, S. Y. et Browne, A. J. (2008). 'Race'matters: racialization and egalitarian discourses involving Aboriginal people in the Canadian health care context. *Ethnicity and Health*, 13(2), 109-127. doi: 10.1080/13557850701830307
- Taylor, C. (1989). *Sources of the self: The making of the modern identity*. Boston, MA: Harvard University Press.
- Turner, J. C., Hogg, M. A., Oakes, P. J., Reicher, S. D. et Wetherell, M. S. (1987). *Rediscovering the social group: A self-categorization theory*. Cambridge, MA: Basil Blackwell.
- Van Wormer, K. (2017). *Human behavior and the social environment, micro level: individuals and families*. Oxford, Royaume-Uni: Oxford University Press.
- Vukic, A., Jesty, C., Mathews, S. V. et Etowa, J. (2012). Understanding race and racism in nursing: Insights from Aboriginal Nurses. *ISRN nursing*, 1(1), 1-9. doi: 10.5402/2012/196437
- Weis, L. (1995). Identity formation and the processes of "othering": unraveling sexual threads. *The Journal of Educational Foundations*, 9(1), 17. Repéré à <https://search.proquest.com/openview/773cd83ad36af0bbf974963be489de7c/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2031152>
- Wicklund, R. A. (1975). Objective self-awareness. *Advances in experimental social psychology*, 8(1), 233-275. doi: [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(08\)60252-X](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60252-X)
- Wierzbicka, A. (1999). *Emotions across languages and cultures: Diversity and universals*. Cambridge, Royaume-Uni: Cambridge University Press.

- Williams, D. R., Lavizzo-Mourey, R. et Warren, R. C. (1994). The concept of race and health status in America. *Public health reports*, 109(1), 1-26. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1402239/>
- Wohl, M. J. et Branscombe, N. R. (2005). Forgiveness and collective guilt assignment to historical perpetrator groups depend on level of social category inclusiveness. *Journal of personality and social psychology*, 88(2), 288. doi: 10.1037/0022-3514.88.2.288
- World Health Organization. (2018). The Determinants of Health. Repéré à <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>
- Young, T. (2007). Are the circumpolar Inuit becoming obese? *American Journal of Human Biology*, 19(2), 181-189. doi: 10.1002/ajhb.20617
- Zwarenstein, M., Goldman, J. et Reeves, S. (2009). Interprofessional collaboration: Effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *The Cochrane Library*, 8(3). doi: 10.1002/14651858.CD000072.pub2.

Annexe A

Questions des entrevues réalisées dans le cadre de la recherche de Fraser et al. (2016).

Interview Guide for Needs Assessment with Key Stakeholders

Kuujjuaraapik is currently working on a project called Ilagiinut : for families. The objective of this project is to reduce signalements and placements to youth protection by offering community-based prevention services to families. This means finding and reinforcing resources within the community, and working together to help families in the community. We are currently meeting with different resource people working in Nunavik to better understand what already exists, the current practices of professionals and services, the visions and expectations of professionals and administrators and how people, organisations and communities could work together towards a common goal. There are two parts to this interview. In the first section we will ask you a few questions on your work, your vision for collaborative care in Nunavik and actions that can be taken towards this goal of collaborating for the wellbeing of children and families. In the second section we will present you with short case studies and we will ask you questions about what might be put in place for these cases both realistically speaking and ideally.

When we speak of collaboration or collaborative care we are interested in all the different ways of working together. This might include different professionals working together with a family, people from different organisations working together for a family (ex : youth protection, CISC, school), and also when people from services work with community members. People can work together in different ways like through informal discussions, sharing information and expertise, co-intervention, shared decision-making, referring cases.

SECTION 1

1. What is your current position ?

1.1. How long have you had this role within the community (or with Nunavik)?

1.2. What organisation or service do you work for ?

1.3. What communities do you work with ?

1.4 In what physical location do you generally work ?

2.0 What population do you generally work with ? (psychosocial characteristics, psychological or psychiatry profiles....)

2.1 How are people generally referred to you ?

3.0 In our view what do Inuit families need in order to prevent signalments and placements of children to youth protection services ?

Please think back to the past month :

4.0 Who or what services have you worked with (collaborate with)? could you explain the way you may work together ?

Anyone else ?

Here is a small list of organisations and services, could you please tell me if in the past month you have worked with any of these and in what form

Services and resources	Form of collaboration (shared decision making, co-intervention, sharing information and expertise, they refer to you or you refer to them...)
Youth Protection Community Services	
Group Home for youth (Kuujjuaraapik, Salluit, Kuujjuaq)	
Social services Social Worker Community Worker	
Local clinic Nurses Family doctor (generalist) Other	
Health professional : Psychologist, Pediatrician, Child psychiatrist, psychiatrist...	
Day care center	
Local School	
Family members	
Community Elder	
Member of a clergy	
Rehabilitation center or AA group (SPECIFY WHICH)	
Women's shelter	
Police station	
Montreal based hospital	
Other (landholding, local cooperative..)	

2.4 Have you collaborated with or asked advise/help from any community members ? If yes, could you please explain or describe.

2.5 In the various collaborations (times when you work with others on a file) you describe who and how are decisions made for the wellbeing of needs of children and their families ? Once the decision is made who makes sure that the interventions are put in place and how are they put in place ?

2.6 In the various collaborations you have described, is there anything you would want to be different, changed or added ?

2.7 Are there advantages to working together (example both within a service or with other services or between a service and a community) ?

2.8 Are there disadvantages to working together ?

2.9 In an ideal world how would you want collaboration to take place ? What would it look like ?

3.0 What are some of the challenges of working in collaboration in Nunavik ?
Can you tell me about the impact of staff turnover in Nunavik on collaboration ?

4.0 What are some of the facilitators to working in collaboration in Nunavik ?

SECTION 2 (read two out of four stories)

I will now read to you two very short stories. They are not real stories but they illustrate things that might happen in a family, and family stories that you may have had experience with. I would like you to listen to the story and tell me what would happen to a child and a family like this.

VIGNETTE 1

Jack is a 5 year old boy. He has two younger brothers and his mother is pregnant with a fourth child. Jack often has bruises on his body and is often aggressive with other children at daycare and in the community. He recently hurt another child very badly. People in the community know that Jack's father has problems with alcohol and that he himself was abused as a child. Jack's parents don't work, they receive welfare. Jack often is dirty and not well dressed. It is well known that the family often doesn't have enough food in the house. Both parents use marijuana. Jack's mom stays at home most of the time. She always looks sad and isolated. She also often has bruises on her face.

In an ideal world, what do you wish would happen or what do you wish could be put into place for this family ?

a. who could do this ?

b. and how would it be done ?

In reality, in situations like this what do you think happens ?

Who intervenes ?

Would anyone else intervene ?

Who would they work with (services, individuals, organisation)?

What might your role be in this intervention ? (who would contact you, who would you work with ?)

When you think of families like this one, what are successes that you have witnessed or heard of ? What was put in place for these families ?

VIGNETTE 2

Susie is a teenage mom. Susie has just had her first child. She lives with her mother and her mother is helping susie with her newborn daughter but her mother is very worried because Susie doesn't seem to care about her child. She often leaves her daughter crying in the house and then disappears with friends. She lets the baby cry all night and never gets up. Susie sometimes spends the whole day in bed. She normally works at the coop but she is currently on maternity leave.

In an ideal world, what do you wish would happen or what do you wish could be put into place for this family ?

- a. who could do this ?**
- b. and how would it be done ?**

In reality, in situations like this what do you think happens ?

Who intervenes ?

Would anyone else intervene ?

Who would they work with (services, individuals, organisation)?

What might your role be in this intervention ? (who would contact you, who would you work with ?)

When you think of families like this one, what are successes that you have witnessed or heard of ? What was put in place for these families ?

VIGNETTE 3

Joanne is 15 years old. She lives with an aunt and her cousins. She almost never attends school, she generally stays in bed until early afternoon and then goes out with friends until very early in the morning. She often looks like she is under the influence of alcohol and drugs. She has stolen from the coop and has broken into people's home. Her aunt does not know what to do any more and is worried about the wellbeing of her own children.

In an ideal world, what do you wish would happen or what do you wish could be put into place for this family ?

- a. who could do this ?**
- b. and how would it be done ?**

In reality, in situations like this what do you think happens ?

Who intervenes ?

Would anyone else intervene ?

Who would they work with (services, individuals, organisation)?

What might your role be in this intervention ? (who would contact you, who would you work with ?)

When you think of families like this one, what are successes that you have witnessed or heard of ? What was put in place for these families ?

VIGNETTE 4

Jeannie et 13. She has always done well in school and at home but recently she started eating less, staying at home more and more. She used to laugh and smile a lot but now she is always serious or sad. She recently told her mother that she could hear a voice that other people could not hear.

In an ideal world, what do you wish would happen or what do you wish could be put into place for this family ?

a. who could do this ?

b. and how would it be done ?

In reality, in situations like this what do you think happens ?

Who intervenes ?

Would anyone else intervene ?

Who would they work with (services, individuals, organisation)?

What might your role be in this intervention ? (who would contact you, who would you work with ?)

When you think of families like this one, what are successes that you have witnessed or heard of ? What was put in place for these families ?

Annexe B

Ensemble des sous-catégories de l'étude de Fraser et al. (2016). L'ensemble des segments d'entrevues inclus dans ces catégories ont été lus pour la sélection des données de la présente étude.

- Perceptions :
 - Infirmières
 - Travailleurs sociaux
 - DPJ
 - Écoles
 - Patients
 - Familles des patients
 - Sages-femmes
 - Psychiatres
 - Psychoéducatrices
 - Interprètes et aux travailleurs Inuit
 - Médecins
 - Communauté
 - Community workers
 - Policiers
 - Familles d'accueil

- Relation Inuit /non-Inuit :
 - Communication et langue
 - Perception des euroCanadiens
 - Perception des Inuit

- Santé des Inuit :
 - Dépendances
 - Agressions
 - Autres

- Inégalités en santé
 - Santé des jeunes
 - Effets de délocalisation
 - sur les enfants;
 - sur la famille;
 - Expérience scolaire
 - Santé mentale
 - Violence
 - Santé mentale
- Obstacles :
 - Administratifs
 - Craintes et méfiance
 - Différences culturelles et sociales
 - Distance et éloignement
 - Fly in fly out et roulement du personnel
 - Langue, communication et incompréhensions
 - Manque de ressources
 - Proximité ou petitesse du milieu
 - Responsabilisation des Inuit
 - Tensions interpersonnelles
 - Éducation et formation
 - Différences avec le Sud